



HAL
open science

Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires? Une revue de la littérature faite sur Scopus, portant sur les articles 1161 à 2241

Nolwenn Le Goff

► To cite this version:

Nolwenn Le Goff. Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires? Une revue de la littérature faite sur Scopus, portant sur les articles 1161 à 2241. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03540718

HAL Id: dumas-03540718

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03540718v1>

Submitted on 24 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2022

Thèse présentée par :

Madame Nolwenn LE GOFF

Née le 13 octobre 1994 à BREST

Thèse soutenue publiquement le 20 janvier 2022

Titre de la thèse :

Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ?

Une revue de la littérature faite sur Scopus, portant sur les articles 1161 à 2241.

Président Mr le Professeur Jean-YVES LE RESTE

Membres du jury Mr le Professeur Guillaume BRONSARD

Mr le Docteur Florian STEPHAN

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Septembre 2021

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)
BERTHOU Christian

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
FEREC Claude	Génétique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en surnombre

GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
--------------	----------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie

PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
--------------------	-----------------------

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
GUILLOU Morgane	Addictologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
ROPARS Juliette	Pédiatrie
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

LE MOIGNE Emmanuelle	Médecine interne
METGES Jean-Philippe	Cancérologie
QUERELLOU Emgan	Médecine d'urgence

SUPLY Benoît

Médecine légale

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie

Nutrition

LAVENNE-COLLOT Nathalie

Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

FONSECA Jérôme

PUSZKAREK Thibault

VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

LE CORNEC Anne-Hélène

Psychologie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

MESQUITA Mirka

Psychologie Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy

Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud	Neurochirurgie
--------------	----------------

Maîtres de Stages Universitaires - Référénts (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine Générale/Urgence
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

Résumé

Introduction : la dépression est une pathologie fréquente chez les adolescents, mais qui est souvent sous-diagnostiquée du fait d'une présentation différente des adultes. Il existe plusieurs échelles permettant de dépister la dépression, mais la plupart des études ont été menées chez les adultes. Cette thèse s'intéresse, à travers une revue de la littérature, à rechercher quelles échelles sont aujourd'hui utilisées pour dépister la dépression chez les enfants et adolescents de 6 à 18 ans en soins primaires.

Méthode : cette étude est une revue de la littérature réalisée sur le moteur de recherche Scopus selon les critères PRISMA. Les 4643 articles (après exclusion des doublons) ont été divisés en trois binômes de recherche. Cette thèse s'intéresse aux articles 1161 à 2241. La sélection des articles a été réalisée après double lecture.

Résultats : 18 articles ont été inclus dans cette étude. 13 échelles sont évaluées ici, ce sont les échelles BDI, BDI-II, BHS, CRS, CES-D, CES-D 10, DASS-21, HADS, RCADS, RCADS-25, RCADS-30, PHQ-A, et MDI. Seuls les auto-questionnaires ont été inclus. Les caractéristiques, ainsi que les données psychométriques disponibles, ont été extraites pour chaque échelle.

Discussion : les échelles étudiées ici explorent des domaines variés, certaines se concentrant sur les symptômes de dépression, d'autres évaluant plusieurs pathologies psychiatriques. Les données psychométriques des échelles étudiées sont globalement bonnes, avec toutefois de nombreuses données manquantes, ce qui limite la fiabilité des études, ainsi que la possibilité de comparer les échelles entre elles.

Conclusion : les échelles évaluées dans cette étude possèdent de bonnes caractéristiques et peuvent être utilisées dans le dépistage de la dépression, à condition qu'elles aient été validées pour l'âge et dans la langue de la population cible. Cependant, les nombreuses données manquantes fragilisent ces résultats.

Abstract

Introduction: *depression is frequent among children and adolescents but is often underestimated as its symptoms are different from adults'. There are several screening scales to detect depression, but most of them have been studied among adults. This thesis aims to study, through a systematic review, which screening scales are nowadays used to screen for depression among children and adolescent from 6 to 18 years old.*

Method: *this study is a systematic review made from Scopus according to the PRISMA criteria. The 4643 articles (after removing the duplicates) have been divided in three research pairs. This thesis refers to the articles from 1161 to 2241. The selection of the articles has been made after dual reading.*

Results: *18 articles have been included in this study. 13 scales are here studied :BDI, BDI-II, BHS, CRS, CES-D, CES-D 10, DASS-21, HADS, RCADS, RCADS-25, RCADS-30, PHQ-A, and MDI. Only self-questionnaires have been retained. The characteristics and available psychometric properties of each scale have been extracted.*

Discussion: *the studied scales explore various domains, some of them focus on the symptoms of depression, while other evaluate several psychiatric pathologies. Psychometric properties of the studied scales are overall good, although numerous datas are missing, which limits the scale's reliability and the possibility to compare the scales between them.*

Conclusion: *overall, the studied scales have good characteristics and can be used in depression screening, provided that they have been validated for the age and in the language of the target population. However, the numerous missing datas weaken the results.*

Liste des abréviations

AAFP : *American Academy of Family Physicians*

APA : *American Psychiatric Association*

BDI : *Beck Depression Inventory*

BDI-II : *Beck Depression Inventory II*

BHS : *Behavioral Health Screen*

CES-D : *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*

CFTMEA : *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent*

CIM-11 : *Classification internationale des maladies*

CRS : *Carroll Rating Scale*

DASS 21 : *Depression Anxiety Stress Scale 21*

DSM-V : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V*

GAD : *Generalized Anxiety Disorder*

HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HAS : *Haute Autorité de Santé*

HRS : *Hamilton Rating Scale*

MDD : *Major Depressive Disorder*

MDI : *Major Depression Inventory*

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*

OCD : *Obsessional Compulsive Disorder*

OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*

PD : *Panic Disorder*

PRIME-MD : *Primary Care Evaluations of Mental Disorders*

PRISMA : *Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses*

PHQ-A : Patient Health Questionnaire for Adolescents

QUADAS : Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Study

RCADS : Revised Child Anxiety and Depression Scale

SA : Separation Anxiety

SCAS : Spence Children's Anxiety Scale

SP : Social Phobia

USPSTF : US Preventive Service Task Force

Sommaire

1	Introduction	15
1.1	L'enfance et l'adolescence.....	15
1.2	Les soins de santé primaires	15
1.3	La dépression.....	16
a)	Diagnostic de la dépression	16
b)	Epidémiologie	16
c)	Particularités de la dépression de l'enfant et de l'adolescent	17
d)	Le suicide chez les adolescents	17
1.4	Dépistage de la dépression.....	18
1.5	L'étude ADODESP	19
2	Méthode	20
2.1	Protocole.....	20
2.2	Matériel et méthode de recherche	20
2.3	Sélection des articles	20
a)	Première sélection	21
b)	Seconde sélection	22
c)	Vérification de la bibliographie	22
2.4	Evaluation de la qualité des articles	22
2.5	Analyse des données	22
a)	Caractéristiques des échantillons	22
b)	Évaluation de la validité de l'échelle	22
3	Résultats	24
3.1	Diagramme de flux	24
3.2	Présentation des articles	25
3.3	Évaluation de la qualité des articles	27
3.4	Caractéristiques des articles.....	29
a)	Lieu des études	33
b)	Langue des études	34
c)	Caractéristiques des échantillons.	34
3.5	Les échelles étudiées.....	35
a)	Beck Depression Inventory (BDI) (<i>annexe 1</i>).....	35
b)	Behavioral Health Screen (BHS)	36
c)	Carroll Rating Scale (CRS) (<i>annexe 3</i>)	37
d)	Center for Epidemiologic Studies for Depression (CES-D (<i>annexe 4</i>)	37
e)	Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (<i>annexe 6</i>)	38
f)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (<i>annexe 7</i>)	38
g)	Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) (<i>annexe 8</i>)	38
h)	Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A) (<i>annexe 11</i>)	39
i)	Major Depression Inventory (MDI) (<i>annexe 12</i>).....	39
3.6	Caractéristiques des échelles étudiées.....	41
3.7	Données psychométriques	44
4	Discussion	48
4.1	Les domaines étudiés dans les échelles	48
4.2	La temporalité des échelles	49
4.3	Les systèmes de notation	49
4.4	Temps de réalisation des questionnaires	50
4.5	Analyse des données psychométriques.....	50
a)	Cohérence interne	50
b)	Stabilité	50
c)	Validité	51

d)	Apport diagnostique	51
e)	Analyse.....	52
4.6	Critères de choix d'une échelle	52
4.7	Limites des articles évalués	53
4.8	Limites de l'étude	54
a)	Biais de sélection	54
b)	Biais de confusion	54
c)	Biais d'information.....	55
4.9	Forces de l'étude	55
5	Conclusion	56
6	Bibliographie.....	57

Index des figures

Figure 1: diagramme de flux	26
Figure 2 : répartition géographique des études	35
Figure 3 : répartition des échelles étudiées.....	37

Index des tableaux

Tableau 1 : présentation des articles	21
Tableau 2: qualité des articles.....	23
Tableau 3 : caractéristiques des articles	25
Tableau 4: caractéristiques des échelles étudiées	36
Tableau 5: données psychométriques	39

Liste des annexes

Annexe 1 : Beck Depression Inventory.....	65
Annexe 2 : Beck Depression Inventory II.....	67
Annexe 3 : Carroll Rating Scale.....	69
Annexe 4 : Center for Epidemiologic Studies for Depression	71
Annexe 5 : Center for Epidemiological Studies for Depression 10.....	72
Annexe 6 : Depression, Anxiety and Stress Scale 21.....	73
Annexe 7 : Hospital Anxiety and Depression Scale	74
Annexe 8 : Revised Child Anxiety and Depression Scale	75
Annexe 9 : Revised Child Anxiety and Depression Scale 30.....	77
Annexe 10 : Revised Child Anxiety and Depression Scale 25.....	78
Annexe 11 : Patient Health Questionnaire for Adolescent	79
Annexe 12 : Major Depression Inventory	84

1 Introduction

1.1 L'enfance et l'adolescence

L'enfance est définie dans le Larousse comme la « *période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence* », avec une distinction entre la première enfance qui va de la fin de période du nourrisson (vers deux ans) à la scolarisation (vers six ans), et la seconde enfance qui va de la scolarisation au début de l'adolescence (vers douze ans) (1).

L'adolescence est définie, également selon le Larousse, comme la « *période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* » (2). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit d'une période de transition critique dans la vie, caractérisée par un rythme important de croissance et de changements. En dehors de la maturation physique ou sexuelle, il s'agit de l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte. La puberté marque le passage de l'enfance à l'adolescence (3).

L'adolescence constitue une période de transition et de maturation nécessitant des capacités d'adaptation de la part de l'adolescent et de son entourage. Il existe un processus de différenciation et d'éloignement de la famille et un rapprochement vers les pairs, avec un besoin d'identification à un groupe et en même temps un besoin d'individualisation. La modification du corps amène un questionnement sur l'identité, sur la sexualité (4). L'adolescence est aussi une période d'expérimentation et de prise de risques (consommation de substances psychoactives, rapports sexuels non protégés) (5). Le désir d'accéder à une plus grande autonomie, la pression pour se conformer à ses pairs, l'exploration de l'identité sexuelle, l'utilisation des technologies sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à un stress durant l'adolescence et en font une période de vulnérabilité sur le plan émotionnel (6).

1.2 Les soins de santé primaires

La définition de l'OMS des soins de santé primaires est une « *approche globale de la santé et du bien-être, centrée sur les besoins et les préférences des individus, des familles et des communautés* ». L'accent est mis sur la santé physique, mentale et sociale, considérées de manière interdépendantes. Dans cette définition, la prise en charge du patient dans sa globalité est mise en avant, adaptée à ses besoins tout au long de la vie. Les soins primaires « *garantissent que les*

personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien (7). »

L'*American Academy of Family Physicians* (AAFP) définit les soins primaires comme les soins prodigués par des professionnels spécialement formés pour un premier contact et le suivi de personnes n'ayant pas de symptômes ou de pathologie diagnostiqués (« le patient indifférencié »). Les soins primaires incluent la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation des patients, le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës et chroniques. Ils servent de « porte d'entrée » dans le système de soins pour le patient. Le médecin généraliste, acteur de soins primaires, a un rôle important de coordinateur des soins (8).

1.3 La dépression

a) Diagnostic de la dépression

L'OMS définit la dépression comme étant « *un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration (9). »*

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur est posé au cours d'un entretien clinique. Plusieurs classifications, française, américaine ou internationale, définissent les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur et des autres troubles dépressifs dans leur ensemble : le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-V) (10), rédigé par l'*American Psychiatric Association* (APA), la Classification internationale des maladies (CIM-11) (11), rédigée par l'OMS, et la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) (12), rédigée par la Société française de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et des disciplines associées.

Selon la CIM-11, la dépression est caractérisée par la présence d'une humeur dépressive ou une diminution de l'intérêt pour les activités, accompagnées de troubles de la concentration, d'un sentiment d'inutilité, d'une culpabilité excessive ou inappropriée, d'un sentiment de désespoir, de pensées morbides ou suicidaires récurrentes, de troubles de l'appétit ou du sommeil, d'une agitation ou d'un ralentissement psychomoteur, et d'une sensation de fatigue ou de perte d'énergie (11).

b) Epidémiologie

En France, la prévalence de la dépression sur un an est de 0,5 % chez les enfants et 4 à 8 % pour les adolescents (13). La prévalence cumulée sur l'ensemble de l'adolescence est de 15-20 %. La prévalence de la dépression augmente chez les filles et avec l'âge des patients. Elle semble

augmenter également en cas de bas niveau socio-économique, et dans les familles monoparentales (14).

c) Particularités de la dépression de l'enfant et de l'adolescent

La dépression de l'enfant et de l'adolescent n'est reconnue que dans la moitié des cas selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (15). Or, elle peut avoir un impact important sur le développement. La dépression de l'adolescent est associée à un retentissement important sur le plan scolaire ou professionnel, une consommation accrue de toxiques, un risque plus important de tentatives de suicide et de suicides, et un risque majoré de développer un syndrome dépressif à l'âge adulte (16).

Le syndrome dépressif de l'enfant et de l'adolescent peut se présenter sous des formes variées et différentes de l'adulte. La tristesse de l'humeur s'exprime rarement spontanément, et on retrouvera plus facilement une irritabilité, voire une agressivité envers autrui. On peut retrouver un ralentissement psychomoteur ou au contraire une agitation, avec des troubles de la concentration et une auto-dévalorisation. Des préoccupations morbides ou des idées suicidaires peuvent être présentes. Les plaintes somatiques sont fréquentes. Les troubles du sommeil et de l'appétit sont également fréquents. Il existe une rupture avec un fonctionnement antérieur, qui peut être rapportée par les proches (15).

d) Le suicide chez les adolescents

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-19 ans, représentant 16 % des décès dans cette tranche d'âge (17). On retrouve une différence selon le genre, avec trois fois plus de suicides chez les garçons, et près de trois fois plus de tentatives de suicides chez les filles. On estime que 3 % des adolescents ont déjà fait une tentative de suicide (18). Le facteur le plus fortement associé aux tentatives de suicide est la dépression. D'autres facteurs de risques sont fréquemment associés aux suicides : antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide, troubles mentaux d'un des parents, psychoses, troubles bipolaires, consommation de substances psychoactives, antécédents d'agression sexuelle, ainsi que des facteurs environnementaux (isolement, harcèlement scolaire ou cyber-harcèlement, événements de vie négatifs) (19).

La souffrance des filles s'exprime plus facilement par des plaintes somatiques et des atteintes à leur corps (troubles alimentaires, scarification) dont les tentatives de suicides, les garçons extériorisent plus fréquemment par le recours à la violence (alcoolisation, vitesse sur la route, délinquance) dont le suicide est la forme ultime (17).

De 20 à 34 % des jeunes qui décèdent par suicide ont consulté leur médecin généraliste dans le mois qui a précédé le passage à l'acte. Toutefois, ils ne parlent pas spontanément de leurs difficultés à leur médecin. La formation continue des médecins généralistes à mieux identifier et traiter la dépression permettrait de mieux traiter la dépression et de diminuer les taux de suicide (20).

1.4 Dépistage de la dépression

Le dépistage sert à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez une personne a priori en bonne santé (21).

Il existe différents outils pour dépister la dépression : les entretiens structurés ou semi-structurés, les auto-questionnaires, et les hétéro-questionnaires, réalisés par un interlocuteur externe (22). Les outils utilisés doivent être suffisamment sensibles pour détecter le plus de patients dépressifs possibles, mais doivent également être suffisamment spécifiques pour ne pas inclure à tort des patients non déprimés, afin de limiter l'impact d'un surdiagnostic et des traitements mis en place, ainsi que la surcharge du système de soins (23).

Selon la méta-analyse de Mitchell et Coyne, 2007, les questionnaires comportant une seule question ne sont pas fiables, permettant de dépister seulement 3 patients déprimés sur 10. En revanche, les questionnaires comportant 3 questions sont plus fiables, permettant de dépister 8 patients déprimés sur 10, avec un taux relativement important de faux positifs (24). Les tests plus longs ne semblent pas apporter d'avantage.

Aux Etats-Unis, l'*US Preventive Service Task Force* (USPSTF) recommande dans une publication de 2016 un dépistage systématique de la dépression chez les adolescents, mais pas chez les enfants (25). Le dépistage systématique est également recommandé au Royaume-Uni dans les dernières recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en 2019 (26), mais n'est pas recommandé au Canada (27).

En France, la HAS ne recommande pas de dépistage systématique de la dépression chez les adolescents devant la difficulté de mise en place d'un tel dépistage dans la pratique (15), mais privilégie une amélioration de la prise en charge pour les adolescents dépistés comme étant dépressifs. En effet, des études ont montré que les stratégies de dépistage mises en place de manière isolées n'améliorent pas l'état de santé, le dépistage ne débouchant pas forcément sur le soin.

1.5 L'étude ADODESP

L'étude ADODESP, dans laquelle s'inscrit ce travail, a pour but de déterminer l'intérêt d'un dépistage de la dépression des adolescents à partir de l'identification d'un parent déprimé en soins primaires, en coordonnant les actions des acteurs de soins primaires et des Maisons des Adolescents.

Cette étude vise à identifier les échelles de dépistage de la dépression utilisables chez les enfants et les adolescents de 6 à 18 ans en soins primaires, et à rechercher leurs critères de validité et de fiabilité.

2 Méthode

2.1 Protocole

Cette thèse est une revue de littérature réalisée selon les critères PRISMA de 2009 (*Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses*) (28). Ce protocole définit 27 critères de qualité d'une revue de littérature, répartis en 7 sections : le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, le résultat, la discussion, le financement.

Ce protocole permet d'avoir une étude reproductible.

2.2 Matériel et méthode de recherche

La recherche a été réalisée sur la base de données SCOPUS.

La recherche portant sur la dépression, les mots-clés « *depression* » et « *depressive disorder* » ont été utilisés sans distinction. Nous nous sommes intéressés aux patients de 6 à 18 ans, soit de l'enfance à l'adolescence, les mots-clés « *adolescent* » et « *child* » ont également été utilisés. Enfin l'évaluation portant sur les échelles d'évaluation de la dépression, l'expression « *psychiatric rating scale* » a été retenue.

La recherche a été limitée aux études publiées de 1963 à mai 2019. Seuls les articles publiés en anglais et en français ont été retenus.

L'équation finale de recherche utilisée dans Scopus était :

```
(( ( depression OR depressive AND disorder ) AND ( psychiatric AND rating AND scale ) AND ( child OR adolescent ) ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "French" ) ) AND ( EXCLUDE ( PUBYEAR , 2019 ) )
```

Avec cette équation de recherche, 4653 articles ont été sélectionnés. Après élimination des 10 doublons, 4643 articles ont été retenus. Ces 4643 articles ont été répartis entre 3 binômes. Notre binôme s'est intéressé aux articles 1161 à 3321. Ce travail présente les articles 1161 à 2241.

2.3 Sélection des articles

La sélection des articles a été réalisée en plusieurs phases, selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants. Chaque étape a été vérifiée par notre binôme. En cas de désaccord, la décision finale d'inclure ou non l'article a été prise par un tiers, le Dr Stephan.

Les critères d'inclusion étaient :

- L'âge de 6 à 18 ans. Pour les études réalisées sur des populations avec une tranche d'âge recoupant partiellement celle-ci, il a été décidé de prendre en compte l'âge moyen des patients ;
- La présence d'une échelle de dépistage de la dépression bien identifiée ;
- La présence de données statistiques valides (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative), ou d'une bonne cohérence interne (coefficient de Cronbach) ;
- La présence d'une structure de type IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats, Analyse, Discussion).

Les critères d'exclusion étaient :

- L'absence du terme « dépression » dans le titre ou le résumé ;
- Une étude réalisée en dehors des soins primaires ;
- Une étude n'ayant pas pour sujet le dépistage ;
- Une étude ne traitant pas d'échelle de dépistage de la dépression ou n'en étudiant pas la validité ;
- Une étude réalisée sur une sous-population, par exemple, des enfants avec une pathologie particulière type troubles bipolaires ou diabète ;
- Une étude portant sur un questionnaire rempli par un tiers et non par l'enfant lui-même ;
- Un article écrit dans une autre langue que l'anglais ou le français.

a) Première sélection

Une première sélection des résultats de la base de données a été réalisée à partir du titre et du résumé des articles, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Au cours de cette première sélection, certains articles ont été retenus même s'ils ne remplissaient pas tous les critères.

b) Seconde sélection

La seconde sélection a été réalisée avec la lecture du texte entier des articles retenus lors de la première sélection, en tenant compte des mêmes critères d'inclusion et d'exclusion. Les articles sélectionnés à cette étape ont été inclus définitivement.

c) Vérification de la bibliographie

La bibliographie de chaque article sélectionné à l'étape précédente a été vérifiée. Chaque article éligible et répondant aux critères d'exclusion et d'inclusion a été ajouté à la sélection.

2.4 Evaluation de la qualité des articles

La qualité des articles a été vérifiée avec les critères de QUADAS 2 (*Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Study*) (29), qui permettent de juger de la qualité d'une étude en évaluant quatre domaines : la sélection des patients, le test étudié (ici les échelles d'évaluation de la dépression), le test de référence et la temporalité et le flux de patients. Pour chaque domaine, le risque de biais est évalué, ainsi que l'applicabilité pour les trois premiers. Dans ce cas, le test étudié correspond aux échelles d'évaluation de la dépression, et le test de référence est l'évaluation selon les classifications internationales : la classification des troubles mentaux de l'*American Psychiatric Association* (DSM IV-TR, DSM-V) (10), de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-11) (30) et la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) (12).

2.5 Analyse des données

a) Caractéristiques des échantillons

Les caractéristiques des échantillons de chaque étude ont été extraites et évaluées individuellement : nombre de patients inclus, âge et sexe des patients.

b) Évaluation de la validité de l'échelle

La cohérence interne (ou l'homogénéité) des échelles a été évaluée à l'aide du coefficient α de Cronbach. Il est compris entre 0 et 1 et est considéré comme satisfaisant s'il est supérieur à 0,7.

La constance dans le temps a été évaluée à l'aide du coefficient de corrélation r (stabilité test-retest). Il est également compris entre 0 et 1 et est considéré comme acceptable s'il est supérieur à 0,7.

Quatre outils ont été utilisés afin d'évaluer la validité de l'échelle :

- La sensibilité, qui est la probabilité que le test soit positif en cas de dépression, soit la proportion de vrais positifs ;
- La spécificité, qui est la probabilité que le test soit négatif en l'absence de dépression, soit la proportion de vrais négatifs ;
- La valeur prédictive positive ou la probabilité d'avoir une dépression en cas de test positif ;
- La valeur prédictive négative ou la probabilité de ne pas avoir de dépression en cas de test négatif.

L'apport diagnostique de l'échelle a été évalué à l'aide de l'aire sous la courbe, qui permet d'évaluer la capacité à classer correctement les patients en « cas » ou « non-cas ». Elle est comprise entre 0,5 et 1. Plus le test est informatif, plus la valeur de l'aire sous la courbe s'approche de 1.

3 Résultats

3.1 Diagramme de flux

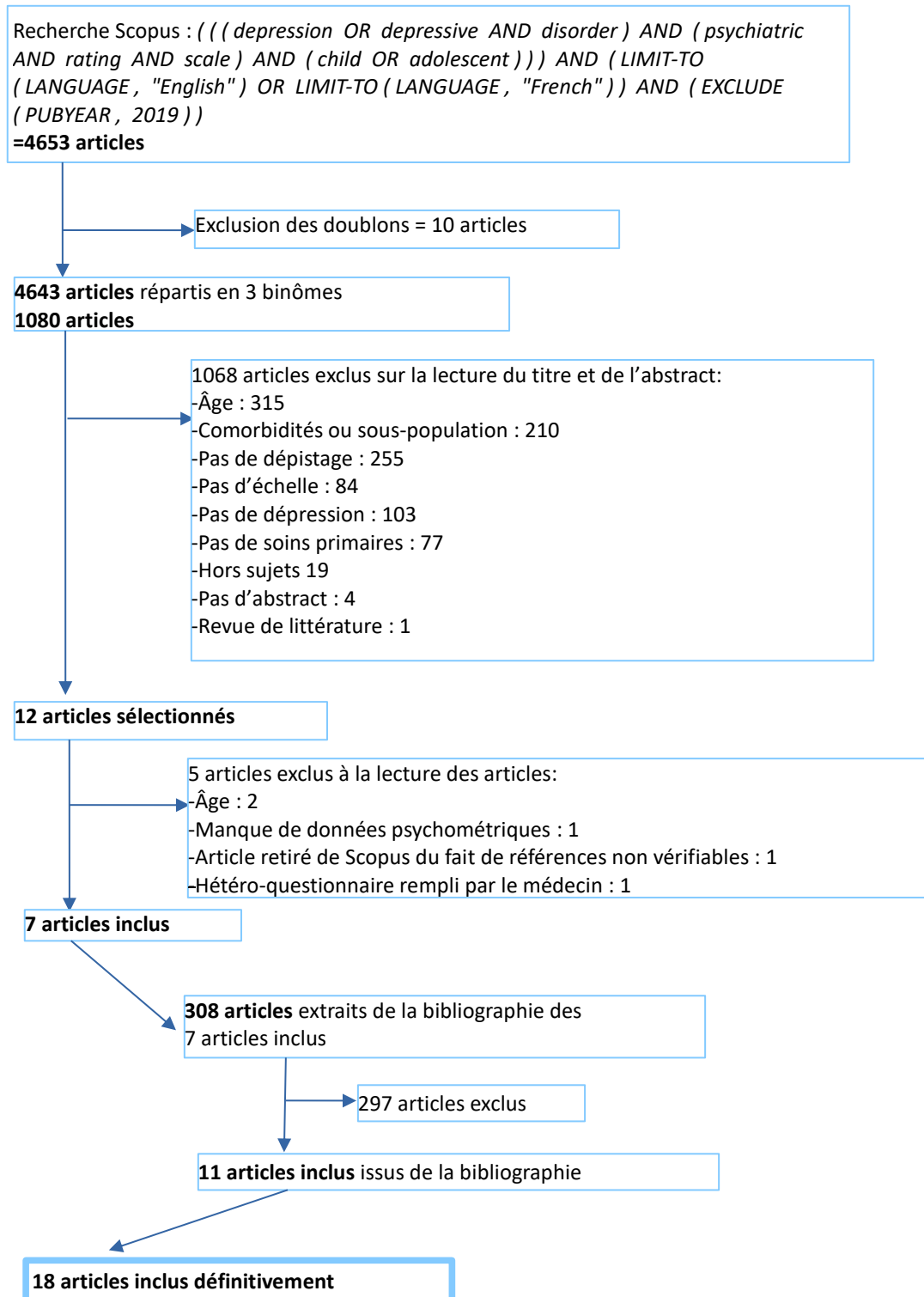


Figure 1: diagramme de flux

L'équation de recherche entrée dans Scopus a permis de sélectionner 4653 articles. Après élimination des 10 doublons, 4643 articles ont été conservés, répartis en 3 binômes. Ce travail présente les articles 1161 à 2241, soit 1080 articles au total. Après la première sélection sur la lecture du titre et de l'abstract, 12 articles ont été conservés. Après la deuxième sélection sur la lecture de l'article en entier, 7 articles ont été inclus. 308 articles issus de la bibliographie de ces 7 articles ont été extraits, et 11 articles supplémentaires correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été ajoutés à la sélection, permettant de conserver 18 articles au total. Le diagramme de flux présenté en Figure 1 résume les étapes de la sélection.

3.2 Présentation des articles

Les articles inclus dans cette étude sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : présentation des articles

Titre	Auteurs	Année	Revue
<i>Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: Sex differences</i>	Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R., Montgomery, A.	2013	<i>BMC Psychiatry</i>
<i>Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales</i>	Bevans, K.B., Diamond, G., Levy, S.	2012	<i>Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics</i>
<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>	Salle, E., Rocha, N.S., Rocha, T.S., Nunes, C., Chaves, M.L.F.	2012	<i>Revista de Psiquiatria Clinica</i>
<i>Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents?</i>	Patrick, J., Dyck, M., Bramston, P.	2010	<i>Journal of Clinical Psychology</i>
<i>Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong</i>	Chan, Y.-F., Leung, D.Y.P., Fong, D.Y.T., Leung, C.-M., Lee, A.M.	2010	<i>Quality of Life Research</i>
<i>Factorial validity of the center for epidemiological studies depression 10 in adolescents</i>	Bradley, K.L., Bagnell, A.L., Brannen, C.L.	2010	<i>Issues in Mental Health Nursing</i>
<i>The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents</i>	Tully, P.J., Zajac, I.T., Venning, A.J.	2009	<i>Journal of Abnormal Child Psychology</i>
<i>Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong community adolescents</i>	Byrne B.M., Stewart S.M., Lee P.W.H.	2004	<i>International Journal of Testing</i>

Titre	Auteurs	Année	Revue
<i>Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale</i>	Chorpita B.F., Yim L., Moffitt C., Umemoto L.A., Francis S.E.	2000	<i>Behaviour Research and Therapy</i>
<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	Muris P., Meesters C., Schouten E.	2002	<i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i>
<i>Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>	Sandin B., Chorot P., Valiente R.M., Chorpita B.F.	2010	<i>Revista de Psicopatología y Psicología Clínica</i>
<i>Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among Nigerian adolescents</i>	Adewuya A.O., Ola B.A., Aloba O.O.	2007	<i>European Child and Adolescent Psychiatry</i>
<i>The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents</i>	Garrison C.Z., Addy C.L., Jackson K.L., McKeown R.E., Waller J.L.	1991	<i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
<i>The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients</i>	Johnson J.G., Harris E.S., Spitzer R.L., Williams J.B.W.	2002	<i>Journal of Adolescent Health</i>
<i>Development, validation, and utility of internet-based, behavioral health screen for adolescents</i>	Diamond G., Levy S., Bevans K.B., Fein J.A., Wintersteen M.B., Tien A., Creed T.	2010	<i>Pediatrics</i>
<i>The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample</i>	Szabó M.	2010	<i>Journal of Adolescence</i>
<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	Cuijpers P., Boluijt P., Van Straten A.	2008	<i>European Child and Adolescent Psychiatry</i>
<i>Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents</i>	Edman J.L., Danko G.P., Andrade N., McArdle J.J., Foster J., Glipa J.	1999	<i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>

3.3 Évaluation de la qualité des articles

La qualité des articles a été évaluée selon la grille QUADAS (29). La grille d'évaluation est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2: qualité des articles

Étude	Risque de biais				Applicabilité		
	Sélection des patients	Test étudié	Test de référence	Flux et temporalité	Sélection des patients	Test étudié	Test de référence
<i>Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: Sex differences</i>	-	+	+	+	-	+	+
<i>Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales</i>	+	+	-	-	+	+	-
<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>	+	+	+	+	+	+	+
<i>Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents?</i>	+	?	-	?	+	+	-
<i>Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong</i>	+	+	-	?	+	+	-
<i>Factorial validity of the center for epidemiological studies depression 10 in adolescents</i>	+	+	-	?	+	+	-
<i>The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents</i>	+	?	-	?	+	+	-
<i>Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong community adolescents</i>	+	?	-	?	+	+	-
<i>Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale</i>	+	?	-	?	+	+	-
<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	+	+	-	?	+	+	-

Étude	Risque de biais				Applicabilité		
	Sélection des patients	Test étudié	Test de référence	Flux et temporalité	Sélection des patients	Test étudié	Test de référence
<i>Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>	+	?	-	?	+	+	-
<i>Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among Nigerian adolescents</i>	+	+	+	-	+	+	+
<i>The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents</i>	+	+	+	-	+	+	+
<i>The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients</i>	+	+	+	+	+	+	+
<i>Development, validation, and utility of internet-based, behavioral health screen for adolescents</i>	+	+	-	?	+	+	-
<i>The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample</i>	+	?	-	?	+	+	-
<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	+	+	+	-	+	+	+
<i>Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents</i>	+	?	-	?	+	+	-

3.4 Caractéristiques des articles

Le tableau 3 présente les principales caractéristiques des études évaluées.

Tableau 3 : caractéristiques des articles

Titre	Échelle	Lieu	Sujets inclus	Caractéristiques des sujets	Méthode	Test de référence
<i>Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: Sex differences</i>	BDI-II (version espagnole)	15 lycées de Santiago du Chili (Chili)	592	Âge moyen : 15,5 ans Filles : 53,6 % Garçons : 44,4 %	Auto-questionnaire rempli à l'école	Entretien psychiatrique
<i>Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales</i>	BHS	Centres de soins primaires de la région de Philadelphie (États-Unis)	415	Âge : 12 à 21 ans (moyenne : 15,8 ans) Filles : 66,5 % Garçons : 33,5 %	Questionnaire rempli sur internet	Aucun
<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>	-BDI -CRS -CES-D (Versions portugais brésilien)	Lycées de Porto Alegre (Brésil)	503	Âge : 15 à 17 ans Filles : 59 % Garçons : 41%	Auto-questionnaire rempli à l'école	Entretien psychiatrique basé sur le DSM IV et SRQ-20
<i>Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents?</i>	DASS-21	8 écoles en zone rurale du Queensland (Australie)	425	Âge : 11 à 17 ans (moyenne : 13,2 ans) Filles : 51,6 % Garçons : 48,4 %	Auto-questionnaire rempli à l'école Suivi 1 an plus tard	Aucun
<i>Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong</i>	HADS (version chinoise)	17 lycées de Hong Kong	5857	Âge : 10 à 19 ans (moyenne : 13,4 ans) Filles : 55,4 % Garçons : 44,6 %	Auto-questionnaire rempli à l'école	YSR

<i>Factorial validity of the center for epidemiological studies depression 10 in adolescents</i>	CES-D 10	Lycée rural de Nouvelle- Écosse (Canada)	156	Âge : 15 à 21 ans (moyenne : 17,2 ans) Filles : 51,3 % Garçons : 48,7 %	Auto-questionnaire rempli à l'école	Aucun
<i>The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents</i>	DASS-21	Lycées du sud de l'Australie	4039	Âge : 12 à 18 ans Filles : 53 % Garçons : 47%	Questionnaire rempli sur internet	Aucun
<i>Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong community adolescents</i>	BDI-II (version chinoise)	11 écoles de Hong Kong	1460	Âge : 14 à 18 ans (moyenne : 15 ans) Filles : 53 % Garçons : 47%	Auto-questionnaire, 2 mesures à 6 mois d'intervalle	Aucun
<i>Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale</i>	RCADS	-1e étude : 13 écoles d'O'ahu (Hawaï, États-Unis) -2e étude : écoles d'O'ahu (Hawaï, États-Unis)	-1e étude : 1641 -2e étude : 246	-1e étude : Âge : 6 à 19 ans (moyenne : 12,87 ans) Filles : 54,4 % Garçons : 45,6 % -2e étude : Âge : 8 à 18 ans (moyenne : 12,2 ans) Filles : 55,7% Garçons 44,3%	- 1e étude : auto-questionnaire rempli à l'école -2e étude : auto-questionnaire rempli à l'école, associé au CDI ou RCMAS. 2e mesure du RCADS à une semaine d'intervalle chez 125 enfants.	-1e étude : aucun -2e étude : CDI ou RCMAS
<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	RCADS et RCADS-25	9 écoles primaires et 2 collèges de Limburg (Pays-Bas)	1748	Âge : 8 à 15 ans (moyenne :11,3 ans) Filles : 53,2 % Garçons : 46,8 %	Auto-questionnaire rempli à l'école	Trait Anxiety Scale of STAIC, FSSC-R, CDI, Self-Perception Profile for Children
<i>Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>	RCADS-30 (version espagnole)	Écoles de la province de Jaén (Espagne)	544	Âge : 10 à 17 ans (moyenne :12,9 ans) Filles : 48,3 % Garçons : 51,7 %	Auto-questionnaire rempli à l'école	CDI, CDQ, RCMAS, CASI, FSSCE-25, SASC-R, CPNAS

<i>Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among Nigerian adolescents</i>	BDI	Collèges et lycées d'Ilesa (Nigeria)	1095	Âge : 13 à 18 ans (moyenne : 15,25 ans) Filles : 42,3 % Garçons : 57,7 %	Auto-questionnaire rempli à l'école. Entretien psychiatrique pour les élèves ayant un score > 10 au BDI et 10 % de ceux ayant un score <10	Entretien psychiatrique basé sur le K-SADS-E
<i>The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents</i>	CES-D	4 collèges et 2 lycées aux États-Unis	2465	Âge : 11 à 17 ans Filles : 57 % Garçons : 43 %	Auto-questionnaire rempli à l'école. Entretien psychiatrique pour les élèves ayant un score > 30 au CES-D et un échantillon des autres (332 binômes mère-adolescents au total)	Entretien psychiatrique basé sur le K-SADS
<i>The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients</i>	PHQ-A	Centres de soins primaires ou infirmeries scolaires de Californie, Ohio, New Jersey et New York (États-Unis)	403	Âge : 13 à 18 ans (moyenne : 15,9 ans)	Auto-questionnaire remplis après une visite dans un centre de soins primaires ou à l'infirmerie de l'école	Entretien psychiatrique téléphonique basé sur le SCID, le CEG, et le GAF
<i>Development, validation, and utility of internet-based, behavioral health screen for adolescents</i>	BHS	Recrutement dans les salles d'attente de centre de soins primaires de Philadelphie (États-Unis)	415	Âge : 12 à 21 ans (moyenne : 15,8ans) Filles : 66,5 % Garçons : 33,5 %	Auto-questionnaire rempli sur internet	BDI-II, SSI, TSCC
<i>The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample</i>	DASS-21	8 lycées en Australie	484	Âge : 11 à 15 ans (moyenne : 13,62 ans) Filles : 48 % Garçons : 52 %	Auto-questionnaire rempli à l'école	Aucun

<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	-MDI -CES-D (versions néerlandaises)	Recrutement dans 4 lycées néerlandais et sur internet	1392	Âge : 14 à 16 ans	Auto-questionnaire rempli sur internet, entretien téléphonique pour 17 % des adolescents	Entretien téléphonique basé sur le MINI
<i>Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents</i>	CES-D	4 lycées de zones rurales d'Hawaii (États-Unis)	243	Âge : 14 à 19 ans (moyenne : 14,8 ans) Étudiants philippino-américains	Auto-questionnaire rempli à l'école, durée 1 heure	Aucun

BDI : Beck Depression Inventory ; BDI-II : Beck Depression Inventory II ; BHS : Behavioral Health Screen ; CRS : Carroll Rating Scale ; CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ; DASS 21 : Depression Anxiety Stress Scale 21 ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale ; RCADS : Revised Child Anxiety and Depression Scale ; PHQ-A : Patient Health Questionnaire for Adolescents ; MDI : Major Depression Inventory ; SRQ-20 : Self Report Questionnaire 20 ; YSR : Youth Self Report ; CDI : Children's Depression Inventory ; RCMAS : Revised Children Manifest Anxiety Scale ; FSSC : Fear Survey Schedule for Children ; CDQ : Children Depression Questionnaire ; CASI : Childhood Anxiety Sensitivity Index ; SASC-R : Social Anxiety Scale for Children-Revised ; CPNAS : Children Positive and Negative Affect Schedule ; K-SADS-E : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Epidemiological Version ; K-SADS : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children ; SCID : Structured Clinical Interview for DSM-III R ; CEG : PRIME MD Clinical Evaluation Guide ; GAF : DSM-IV Global Assessment Functioning ; SSI : Scale for Suicidal Ideation ; TSSC : Trauma Symptom Checklist for Children ; MINI : International Neuropsychiatric Interview

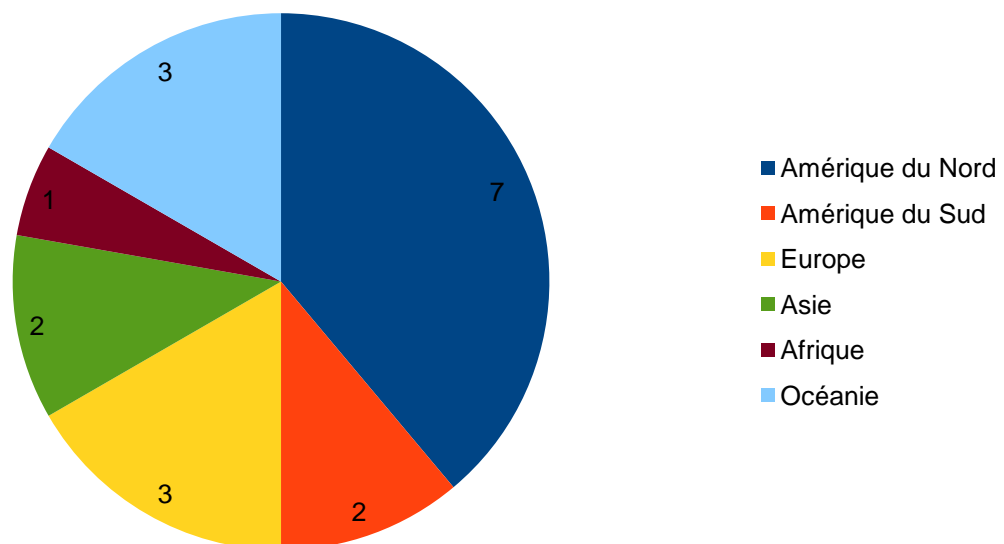
a) Lieu des études

Les articles étudiés sont basés sur des études réalisées :

- en Amérique du Nord : 6 études réalisées aux États-Unis (31–36) (dont 2 à Hawaii) et 1 au Canada (37) ;
- en Amérique du Sud : 1 étude réalisée au Chili (38), 1 au Brésil (39) ;
- en Océanie : 3 études réalisées en Australie (40–42) ;
- en Afrique : 1 étude réalisée au Nigeria (43) ;
- en Asie : 2 études réalisées à Hong Kong (44,45) ;
- en Europe : 2 études réalisées aux Pays-Bas (46,47) et 1 en Espagne (48).

La figure 2 présente la représentation des études en fonction de leur répartition géographique.

Figure 2 : répartition géographique des études



Les lieux de recrutement étaient des lycées dans 15 études, des centres de soins primaires pour 3 études, l'infirmierie scolaire pour 1 étude et sur internet pour 1 étude. Les questionnaires ont

été remplis à l'école pour 12 études, sur internet pour 4 études et le lieu n'est pas précisé pour 2 études.

b) Langue des études

Les 18 articles ont été rédigés en anglais. 10 articles évaluent des échelles en anglais (31–37, 40–42), 2 en espagnol (38, 48), 2 en chinois (44, 45), 1 en portugais brésilien (39) (3 échelles sont évaluées dans cet article), 1 en néerlandais (46) (2 échelles sont évaluées dans cet article) et la langue de l'échelle évaluée n'est pas spécifiée dans 2 articles (43, 47).

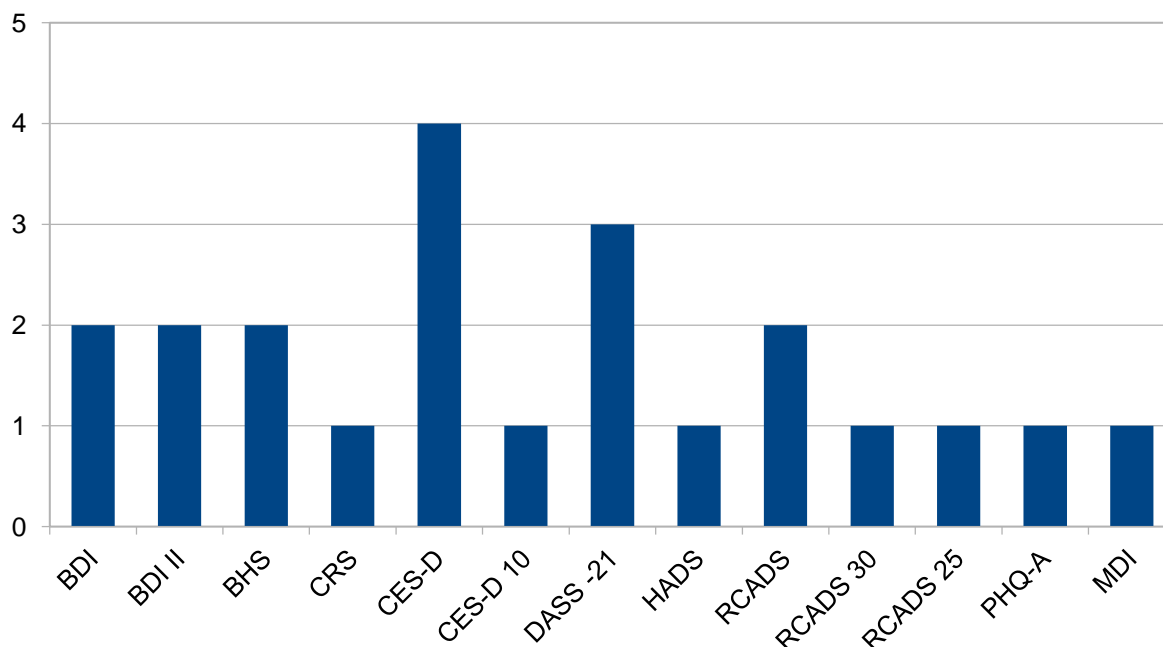
c) Caractéristiques des échantillons.

Les études ont été réalisées sur des échantillons de 156 à 5857 participants, avec une moyenne de 1270 participants par étude. Les participants étaient âgés de 6 à 21 ans, la majorité des sujets ayant entre 12 et 18 ans. Les filles étaient majoritaires dans 12 études.

3.5 Les échelles étudiées

9 échelles, et 4 échelles dérivées des échelles principales, ont été extraites des articles sélectionnés. La figure 2 indique la proportion de leur représentation.

Figure 3 : répartition des échelles étudiées



BDI : Beck Depression Inventory ; BDI-II : Beck Depression Inventory II ; BHS : Behavioral Health Screen ; CRS : Carroll Rating Scale ; CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ; DASS 21 : Depression Anxiety Stress Scale 21 ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale ; RCADS : Revised Child Anxiety and Depression Scale ; PHQ-A : Patient Health Questionnaire for Adolescents ; MDI : Major Depression Inventory

a) Beck Depression Inventory (BDI) (*annexe 1*)

L'échelle BDI a été étudiée dans 2 articles (39, 43), et dans 2 articles supplémentaires pour la version BDI II (*annexe 2*) (38, 44).

- BDI : cette échelle a été développée par Dr Aaron T. Beck en 1961 (49). Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 21 items, portant sur les symptômes de dépression vécus sur la dernière semaine, et s'attachant plus particulièrement aux manifestations comportementales de la dépression. Les items étudiés dans cette échelle sont :
 - des symptômes dépressifs : l'humeur, le pessimisme, les pleurs, l'irritabilité, le retrait social, l'indécision ;

- la cognition : l'impression d'échec, le manque de satisfaction, le sentiment de culpabilité, le sentiment de punition, la détestation de soi, les accusations contre soi, les souhaits de punition, l'inhibition dans le travail, l'image du corps ;
- des symptômes physiques : les troubles du sommeil, la fatigabilité, la perte d'appétit, la perte de poids, les troubles somatiques, la perte de libido (49).

Les réponses sont notées sur une échelle de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes. Le score total est compris entre 0 et 63. Cette échelle est utilisée pour déterminer la sévérité des symptômes. La durée pour compléter le questionnaire est d'environ 10 minutes (50).

- BDI-II : cette seconde version a été créée pour établir un lien plus clair avec le DSM-IV (38). 4 items ont été supprimés (changement de l'image corporelle, perte de poids, préoccupations sur la santé, difficultés au travail) et ont été remplacés par 4 nouveaux items (inutilité, troubles de concentration, perte d'énergie, agitation). Le nombre d'items et la notation des items sont identiques au BDI. Les questions portent sur les symptômes de dépression ressentis sur les deux dernières semaines (44).

On considère qu'un score compris entre 10 et 16 indique une dépression légère, un score entre 17 et 29 une dépression modérée et un score supérieur à 30 correspond à une dépression sévère (38).

Il existe également une version abrégée comportant 13 items, qui n'a pas été étudiée dans les articles cités ici.

b) Behavioral Health Screen (BHS)

L'échelle BHS a été évaluée dans 2 articles (31, 35).

Le BHS est un outil développé sur internet évaluant les symptômes psychiatriques et les comportements à risque, basé sur le DSM-IV. Il est composé de 13 modules : démographie, médical, école, famille, sécurité, prise de toxiques, sexualité, nutrition et alimentation, anxiété, dépression, risque suicidaire, psychose, traumatisme et abus. Il y a 55 items principaux et 41 items additionnels qui sont évalués en fonction des items principaux. Il contient 4 items principaux et 8 items additionnels évaluant les symptômes de dépression dans les deux dernières semaines, avec trois niveaux de réponse : jamais, parfois et souvent. La durée du questionnaire est de 8 à 15 minutes. Une fois le questionnaire terminé, le résultat est donné au patient et transmis automatiquement à

un destinataire au choix du patient (par exemple, son médecin traitant). Le BHS n'est pas disponible en annexe car il est hébergé sur le Clinical Research Management System, qui est une plateforme utilisée par plusieurs centres hospitaliers universitaires américains et nécessite des identifiants de connexion pour y accéder (31, 35).

c) **Carroll Rating Scale (CRS) (annexe 3)**

L'échelle CRS a été évaluée dans une étude (39).

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé à partir de la Hamilton Rating Scale (HRS), qui est une échelle conçue pour être administrée par un observateur extérieur. La CRS comporte 17 items comme la HRS. Les thèmes explorés sont : l'humeur dépressive, la culpabilité, les pensées suicidaires, les troubles du sommeil, le travail et les intérêts, les troubles de la concentration, l'agitation, l'anxiété, l'appétit, la perte d'énergie, les troubles de la libido, l'inquiétude sur la santé, le manque de discernement et la perte de poids.

Les items de la HRS notés de 0 à 4 ont été reformulés sous la forme de 4 affirmations indépendantes, de sévérité croissante. Pareillement, les items notés de 0 à 2 ont été reformulés sous la forme de 2 affirmations. Il y a donc un total de 52 affirmations auxquelles le patient répond par OUI ou NON, en fonction de son ressenti sur les derniers jours. Un point est attribué pour chaque réponse correspondant à un symptôme dépressif, pour un total de 52 points. Un score supérieur à 10 indique une dépression chez l'adulte (51).

d) **Center for Epidemiologic Studies for Depression (CES-D (annexe 4)**

L'échelle CES-D a été évaluée dans 4 articles (33, 36, 39, 46), et dans un article supplémentaire pour la version abrégée CES-D 10 (annexe 5) (37).

Le CES-D est un auto-questionnaire comprenant 20 items, conçu pour évaluer les symptômes actuels de dépression chez des adultes en soin primaire (33). L'échelle peut être découpée en 4 sous-échelles : humeur dépressive, manifestations somatiques, relations interpersonnelles et joie (52). L'évaluation porte sur la présence de symptômes dépressifs sur la dernière semaine. Chaque item est noté de 0 (« rarement ou jamais ») à 3 (« tout le temps »), soit un total allant de 0 à 60. Un score inférieur à 13 est en faveur d'un risque faible de dépression, un score entre 13 et 15 d'un risque modéré et un score supérieur à 15 est en faveur d'un risque élevé de dépression (46).

Le CES-D 10 est la version abrégée comportant 10 items, permettant de la compléter plus rapidement et ainsi d'avoir une meilleure adhérence, notamment chez des adolescents. Pour cette version, un score supérieur à 10 sur 30 indique un syndrome dépressif (37).

e) **Depression Anxiety Stress Scale (DASS) (*annexe 6*)**

La DASS-21 (version raccourcie de la DASS) a été évaluée dans 3 études (40–42).

Ces échelles ont été créées pour évaluer distinctement la dépression, l'anxiété et le stress chez les adultes, avec un maximum de discrimination entre les trois. La DASS comporte 42 items, la DASS-21 en comporte 21. Chaque item est noté sur une échelle de 4 points, entre 0 et 3, en fonction de la correspondance de l'affirmation à la situation du participant dans la dernière semaine, 0 étant « ne me correspond pas du tout » et 3 « me correspond beaucoup ou la plupart du temps » (42). Le score est compris entre 0 et 21 pour chaque sous-échelle (dépression, anxiété et stress), et entre 0 et 63 pour l'échelle totale (41). Il a été démontré que la DASS-21 avait une meilleure cohérence interne et une meilleure reproductibilité que la DASS (53).

f) **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (*annexe 7*)**

L'HADS a été étudiée dans un article (45).

Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 14 items, développé pour mesurer la présence et la sévérité d'anxiété et de dépression. Il contient 2 sous-échelles de 7 items chacune pour évaluer chacune des deux pathologies. Chaque item est noté sur une échelle de 4 points en fonction de la sévérité des symptômes survenus dans la dernière semaine (0 correspond à une absence de symptômes, 3 à des symptômes sévères). Le total est compris entre 0 et 21 pour chaque sous-échelle, et entre 0 et 42 pour l'échelle totale (45). Selon les cut-off proposés par White, un score supérieur à 7 pour la dépression et 9 pour l'anxiété indique une pathologie possible. Un score supérieur à 10 pour la dépression et 12 pour l'anxiété indique une pathologie probable (54).

g) **Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) (*annexe 8*)**

La RCADS a été évaluée dans 2 articles (32, 47), dont un évalue également une version abrégée RCADS-25 (*annexe 10*) (47), et dans un article supplémentaire pour la version abrégée RCADS-30 (*annexe 9*) (48).

Elle correspond à une version révisée de la Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), avec l'addition d'items correspondant à l'épisode dépressif majeur et au trouble anxieux généralisé selon les critères du DSM-IV. La RCADS est un auto-questionnaire de 47 items, composé de 6 sous-

échelles : anxiété de séparation (7 items), phobie sociale (9 items), troubles obsessionnels compulsifs (6 items), trouble panique (9 items), trouble anxieux généralisé (6 items), épisode dépressif majeur (10 items). L'échelle de dépression évalue les 9 symptômes du critère A de la dépression selon le DSM-IV, à savoir l'humeur dépressive, l'anhédonie, l'altération du poids ou de l'appétit, l'altération du sommeil, le ralentissement psychomoteur, l'asthénie, la dévalorisation, les troubles de concentration. L'item « pense à la mort » qui évalue le neuvième symptôme, les idées suicidaires, est inclus dans la sous-échelle « troubles anxieux généralisé ». Chaque item est noté sur une échelle de 0 à 3 en fonction de la fréquence à laquelle les symptômes s'appliquent au participant, 0 correspondant à « jamais » et 3 à « toujours » (32).

La RCADS-25 correspond à une version abrégée de 25 items. Elle comporte 5 sous-échelles de 5 items chacune, soit celles présentes dans la version originale sauf l'échelle « troubles obsessionnels compulsifs » (47).

La RCADS-30 est une version abrégée de 30 items, qui contient 5 items pour chacune des 6 sous-échelles présentes dans la version originale (48).

h) Patient Health Questionnaire for Adolescent (PHQ-A) (*annexe 11*)

Le PHQ-A a été évalué dans un article (34).

Le *Patient Health Questionnaire* a été développé dans le cadre du *Primary Care Evaluations of Mental Disorders* (PRIME-MD), pour améliorer la reconnaissance des pathologies mentales par les soignants en soin primaire. Cependant, le PHQ n'évalue pas les troubles dysthymiques, les troubles anxieux généralisés, l'addiction à des substances psychotropes, qui sont des troubles fréquents chez les adolescents. Le PHQ-A a donc été développé pour mieux correspondre à une population adolescente en soins primaire. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 67 items initialement, modifié avec 83 items dans sa version révisée. Il a été conçu pour rechercher les troubles anxieux généralisés, les troubles paniques, les troubles dysthymiques, la boulimie ou l'anorexie mentale, les épisodes dépressifs majeurs et les troubles liés à une substance. Pour la majorité des items, le participant doit cocher OUI ou NON selon si l'affirmation s'applique à sa situation. Pour quelques items, il doit évaluer la fréquence à laquelle le symptôme s'applique à sa situation (34, 55).

i) Major Depression Inventory (MDI) (*annexe 12*)

Le MDI a été étudié dans un article (46).

Il s'agit d'un auto-questionnaire évaluant les symptômes de l'épisode dépressif majeur de la CIM-10 au travers de 10 questions (les items 8 et 10 sont divisés en 2 sous-questions, seul le score le plus important des deux est compté). Les items recouvrent également ceux du DSM-IV. Le participant doit évaluer la fréquence à laquelle il a ressenti chaque symptôme dans les deux dernières semaines (de « jamais » à « tout le temps »). Le score total peut être calculé de deux façons différentes. Il est possible de classer chaque symptôme en fonction de sa présence ou de son absence, pour indiquer la présence d'une dépression selon les critères de la CIM-10 ou du DSM-IV. Il est également possible d'additionner chaque item pour obtenir un score total allant de 0 à 50 (46, 56).

3.6 Caractéristiques des échelles étudiées

Le tableau 4 présente les caractéristiques des échelles étudiées.

Tableau 4: caractéristiques des échelles étudiées

Échelle	Nombre d'items	Temps de réalisation	Population validée	Score total	Article	Seuil utilisé
BDI	21	10 minutes	13-18 ans	63	<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>	9
					<i>Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among Nigerian adolescents</i>	18
BDI-II	21	10 minutes	14-18 ans	63	<i>Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: Sex differences</i>	≥17 Proposition de seuil différent pour les filles (≥20) et les garçons (≥14)
					<i>Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong community adolescents</i>	NC
BHS	55 items principaux + 41 items additionnels (échelle de dépression : 4 items + 8 items ad-ditionnels)	8-15 minutes	12-21 ans	NC	<i>Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales</i>	NC
					<i>Development, validation, and utility of internet-based, behavioral health screen for adolescents</i>	0,5 (pour l'échelle de dépression)
CRS	17	NC	15-17 ans	52	<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>	10
CES-D	20	10 minutes	11-19 ans	60	<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>	14
					<i>The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents</i>	Seuil optimal : -Filles : 22 -Garçons : 12
					<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	Seuil optimal : 22

					<i>Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents</i>	NC
CES-D 10	10	20 minutes	15-21 ans	30	<i>Factorial validity of the center for epidemiological studies depression 10 in adolescents</i>	10
MDI	10	NC	14-16 ans	50	<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	Seuil optimal : 19
DASS-21	21	NC	11-18 ans	63 (3 sous-échelles notées sur 21 chacune)	<i>Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents?</i>	NC
					<i>The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents</i>	NC
					<i>The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample</i>	NC
HADS	14	NC	10-19 ans	42 (2 sous-échelle notées sur 21 chacune)	<i>Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong</i>	-Cas possible : ≥7 pour la dépression ≥9 pour l'anxiété -Cas probable : ≥10 pour la dépression ≥ 12 pour l'anxiété
RCADS	47	NC	6-18 ans	141 (SA : 21 SP : 27 OCD : 18 PD : 27 GAD : 18 MDD : 30)	<i>Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale</i>	NC
					<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	NC
RCADS -25	25	NC	8-15 ans	75 (5 sous-échelles notées sur 15)	<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	SA : 3 SP : 5 PD 3 GAD : 5 MDD : 4
RCADS-30	30	NC	10-17 ans	90 (6 sous-échelles notées sur 15)	<i>Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>	NC

PHQ-A	67	5 minutes	13-18 ans	Résultats informatisés avec application d'un algorithme diagnostique	<i>The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients</i>	NC
--------------	----	-----------	-----------	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SA : anxiété de séparation ; SP : phobie sociale ; OCD : trouble obsessionnel compulsif ; PD : trouble panique ; GAD : trouble anxieux généralisé ; MDD : épisode dépressif majeur

3.7 Données psychométriques

Le tableau 5 présente les données psychométriques des échelles étudiées.

Tableau 5: données psychométriques

Échelle	Article	Coefficient α de Cronbach	Coefficient de corrélation (test-retest)	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive positive	Valeur prédictive négative	Aire sous la courbe
BDI	<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>			0,72	0,74			
	<i>Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among Nigerian adolescents</i>	0,82	0,72	0,91 (valeur pour un seuil de 18)	0,97 (valeur pour un seuil de 18)	0,88 (valeur pour un seuil de 18)	0,98 (valeur pour un seuil de 18)	
BDI II	<i>Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: Sex differences</i>			-0,79 (valeur pour un seuil de 17) -0,75 (seuil de 20 pour les filles) -0,72 (seuil de 14 pour les garçons)	-0,70 (valeur pour un seuil de 17) -0,74 (seuil de 20 pour les filles) -0,64 (seuil de 14 pour les garçons)			0,81 (Filles : 0,83 Garçons : 0,74)
	<i>Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong community adolescents</i>	-Temps 1 : 0,94 -Temps 2 : 0,91	0,74					
BHS	<i>Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales</i>	-Échelle de dépression : 0,81 -Échelle d'anxiété : 0,81 -Échelle de suicide : 0,78						

	<i>Development, validation, and utility of internet-based, behavioral health screen for adolescents</i>	-Échelle de dépression : 0,87 -Échelle d'anxiété : 0,75 -Échelle de suicide : 0,82		-Échelle de dépression : 0,85 -Échelle d'anxiété : 0,88 -Échelle de suicide : 0,83	-Échelle de dépression : 0,76 -Échelle d'anxiété : 0,67 -Échelle de suicide : 0,87			
CRS	<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>			0,78	0,74			
CES-D	<i>Depression rating scales as screening tools for depression in high school students</i>			0,73	0,76			
	<i>The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents</i>	0,87		-Filles : 0,83 (valeur pour un seuil de 22) -Garçons : 0,85 (valeur pour un seuil de 12)	-Filles : 0,77 (valeur pour un seuil de 22) -Garçons : 0,49 (valeur pour un seuil de 12)	-Filles : 0,25 (valeur pour un seuil de 22) -Garçons : 0,13 (valeur pour un seuil de 12)		-Filles : 0,77 -Garçons : 0,61
	<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	0,93		0,90 (valeur pour un seuil de 22)	0,74 (valeur pour un seuil de 22)			0,90
	<i>Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents</i>	0,89						
CES-D 10	<i>Factorial validity of the center for epidemiological studies depression 10 in adolescents</i>	0,85						
MDI	<i>Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires</i>	0,82		0,90 (valeur pour un seuil de 19)	0,72 (valeur pour un seuil de 19)			0,89

	<i>Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents?</i>	> 0.83 dans chaque groupe (classé par genre et âge)						
DASS-21	<i>The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents</i>	Total : 0,93 -Échelle de dépression : 0,88 -Échelle d'anxiété : 0,79 -Échelle de stress : 0,82						
	<i>The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample</i>	-Échelle de dépression : 0,87 -Échelle d'anxiété : 0,79 -Échelle de stress : 0,83						
HADS	<i>Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong</i>	Total : 0,81 -Échelle de dépression : 0,63 -Échelle d'anxiété : 0,80						
RCADS	<i>Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale</i>	-Étude 1 (par sous-échelle) : SA : 0,76 SP : 0,82 OCD : 0,73 PD : 0,79 GAD : 0,77 MDD : 0,76 -Étude 2 SA : 0,78 SP : 0,81 OCD : 0,71 PD : 0,85 GAD : 0,80 MDD 0,76	SA : 0,75 SP : 0,80 OCD : 0,65 PD : 0,76 GAD 0,79 MDD 0,77					

	<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	SA : 0,74 SP : 0,83 PD : 0,82 GAD : 0,82 MDD : 0,79	SA : 0,81 SP : 0,87 PD : 0,87 GAD : 0,86 MDD : 0,86					
RCADS-25	<i>A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children</i>	SA : 0,71 SP : 0,76 PD : 0,75 GAD : 0,83 MDD : 0,65	SA : 0,79 SP : 0,84 PD : 0,82 GAD : 0,84 MDD : 0,86					
RCADS-30	<i>Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>	Total : 0,89 SA : 0,71 SP : 0,75 OCD : 0,68 PD : 0,74 GAD : 0,78 MDD : 0,72						
PHQ-A	<i>The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients</i>			Tout trouble psychiatrique : 0,75 Épisode dépressif majeur : 0,73	Tout trouble psychiatrique : 0,92 Épisode dépressif majeur : 0,94	Tout trouble psychiatrique : 0,70 Épisode dépressif majeur : 0,56	Tout trouble psychiatrique : 0,94 Épisode dépressif majeur : 0,97	

SA : anxiété de séparation ; SP : phobie sociale ; OCD : trouble obsessionnel compulsif ; PD : trouble panique ; GAD : trouble anxieux généralisé ; MDD : épisode dépressif majeur

4 Discussion

4.1 Les domaines étudiés dans les échelles

Sur les 13 échelles évaluées dans cette thèse, 6 échelles évaluent uniquement les symptômes de dépression :

- BDI ;
- BDI II ;
- CRS ;
- CES-D ;
- CES-D 10 ;
- MDI.

7 échelles évaluent également l'anxiété :

- BHS ;
- DASS-21 ;
- HADS ;
- RCADS ;
- RCADS-25 ;
- RCADS-30 ;
- PHQ-A.

Parmi celles-ci, les échelles RCADS, RCADS-25 et RCADS-30 comportent plusieurs sous-échelles pour évaluer différents troubles anxieux : les troubles anxieux généralisés, le trouble panique, l'anxiété de séparation et la phobie sociale. L'échelle PHQ-A évalue également les troubles anxieux généralisés et les troubles paniques.

2 échelles évaluent les troubles obsessionnels compulsifs : les échelles RCADS et RCADS-30. 2 échelles évaluent les troubles liés à une substance : les échelles BHS et PHQ-A. Une échelle comporte une sous-échelle pour évaluer le stress : l'échelle DASS-21. Une échelle évalue également

l'anorexie mentale et la boulimie : l'échelle PHQ-A. Une échelle évalue les symptômes psychotiques, les notions de traumatisme, la sexualité, l'alimentation et l'environnement social : l'échelle BHS.

Les symptômes de dépression évalués dans les échelles sont souvent basés sur les classifications internationales, la plupart sur le DSM-IV. Ils peuvent être divisés en 4 catégories :

- les symptômes émotionnels, tels que l'humeur dépressive, l'anhédonie, le pessimisme, les notions de plaisir ;
- les symptômes cognitifs comme le ralentissement ou l'agitation psychomotrice, la culpabilité, la dévalorisation, les troubles de concentration, les idées suicidaires ;
- les symptômes physiques tels que l'asthénie, la perte d'énergie, les troubles de l'appétit, la prise ou la perte de poids, les troubles du sommeil, les troubles de la libido ;
- les relations interpersonnelles.

Parmi ces échelles, 9 évaluent la fréquence des symptômes de dépression : CES-D, CES-D 10, HADS, DASS-21, RCADS, RCADS 25, RCADS 30, MDI, PHQ-A. 5 évaluent plutôt la sévérité des symptômes : BDI, BDI-II, CRS, DASS-21 et PHQ-A. Les échelles DASS-21 et PHQ-A évaluent à la fois la fréquence et la sévérité des symptômes.

4.2 La temporalité des échelles

La majorité des échelles étudiées ici s'intéressent aux symptômes récemment ressentis par le patient, dans les deux dernières semaines au maximum. 5 échelles évaluent les symptômes ressentis dans la dernière semaine, ce sont les échelles BDI, CES-D, CES-D 10, DASS 21, HADS. L'échelle CRS évalue les symptômes ressentis dans les derniers jours. Les échelles BDI II et MDI évaluent les symptômes ressentis dans les deux dernières semaines. Les échelles BHS et PHQ-A évaluent, selon les items, les symptômes ressentis dans les deux dernières semaines ou la dernière année. La durée de présence des symptômes évalués n'est pas précisée pour les échelles RCADS, RCADS-25 et RCADS-30.

4.3 Les systèmes de notation

La majorité des échelles utilisent des systèmes de notation sur 4 points, de 0 à 3, pour évaluer la fréquence ou la sévérité des symptômes. C'est le cas des échelles BDI, BDI II, CES-D, CES-D 10, DASS-21, HADS, RCADS, RCADS-25 et RCADS-30. L'échelle BHS utilise une notation sur 3 points, de 0

à 2, pour chaque item, avec un score total calculé par un algorithme. L'échelle CRS utilise un système binaire, avec une réponse par oui ou non pour chaque item, 1 point étant attribué à chaque réponse correspondant à un symptôme dépressif. L'échelle PHQ-A utilise également un système de notation binaire pour la majorité des items, et quelques questions sont notées sur cinq points en fonction de la fréquence des symptômes. L'échelle MDI utilise une notation sur six points en fonction de la fréquence des symptômes.

4.4 Temps de réalisation des questionnaires

Les temps de réalisation des échelles sont tous compris entre 5 et 20 minutes. L'échelle la plus rapide à réaliser selon les auteurs est la PHQ-A, qui peut être remplie en 5 minutes. Pour l'échelle CES-D 10, il est mentionné dans l'article de Bradley et al. (37) que tous les élèves ont rempli le questionnaire dans les 20 minutes qui étaient imparties, sans préciser la durée réelle de réalisation.

La durée de réalisation des échelles n'est pas disponible pour 7 échelles, à savoir les échelles CRS, MDI, DASS-21, HADS, RCADS, RCADS-25 et RCADS-30.

4.5 Analyse des données psychométriques

a) Cohérence interne

La cohérence interne des échelles évaluées est globalement bonne, le coefficient α étant supérieur à 0,80 dans la majorité des articles. 3 sous-échelles ont un coefficient α inférieur à 0,7 : ce sont l'échelle HADS (45) qui a un coefficient α de 0,63 pour la sous-échelle de dépression, l'échelle RCADS-25 (47) qui a un coefficient α de 0,65 pour la sous-échelle « épisode dépressif majeur » et l'échelle RCADS-30 (48) qui a un coefficient α de 0,68 pour la sous-échelle « trouble obsessionnel compulsif ».

Le coefficient α n'est pas disponible dans 3 articles : un article évaluant les échelles BDI, CRS et CES-D (39), un article évaluant l'échelle BDI-II (38), et un article évaluant l'échelle PHQ-A (34).

b) Stabilité

La stabilité dans le temps des échelles, évaluée à l'aide du coefficient de corrélation (test-retest) r , est spécifiée dans 4 articles étudiant les échelles BDI(43), BDI-II (44), RCADS (32, 47) et RCADS-25 (47). Elle est acceptable dans toutes les échelles, le coefficient de corrélation étant supérieur à 0,7, sauf pour la sous-échelle « trouble obsessionnel compulsif » de l'échelle RCADS (32).

c) Validité

Les données de sensibilité et spécificité des échelles sont disponibles dans 7 articles qui évaluent les échelles BDI (39, 43), BDI-II (38), BHS (35), CRS (39), CES-D (33, 39, 46), MDI (46), et PHQ-A (34). Les sensibilité et spécificité des échelles sont globalement bonnes. Dans certains articles, il est précisé les valeurs de sensibilité et spécificité en fonction du seuil utilisé, ainsi que la valeur du seuil permettant d'obtenir le meilleur compromis entre les deux.

Toutes les échelles ont une sensibilité supérieure à 0,7. La majorité des échelles ont une spécificité supérieure à 0,7, sauf l'article d'Araya et al. (38) évaluant le BDI-II qui retrouve une spécificité de 0,64 pour les garçons (avec une spécificité de 0,70 pour l'ensemble de l'échantillon et de 0,74 pour les filles), l'article de Garrison et al. (33) évaluant le CES-D qui obtient une spécificité de 0,49 pour les garçons (avec une spécificité de 0,77 pour les filles), et l'article de Diamond et al. (35) évaluant le BHS, qui retrouve une spécificité de 0,67 pour la sous-échelle évaluant l'anxiété.

Les données concernant les valeurs prédictives positives et négatives sont disponibles dans 2 articles évaluant les échelles BDI (43) et PHQ-A (34). Un article évaluant l'échelle CES-D (33) fournit seulement la valeur prédictive positive. Les valeurs prédictives négatives sont excellentes dans les 2 articles où elles ont été évaluées, supérieures à 0,9 dans les deux cas. Les valeurs prédictives positives sont globalement moins bonnes, avec deux articles obtenant des valeurs prédictives positives inférieures à 0,7 : pour l'échelle CES-D (33), les valeurs prédictives positives sont de 0,25 pour les filles et de 0,13 pour les garçons, et pour l'échelle PHQ-A (34), la valeur prédictive positive de la sous-échelle de dépression est de 0,56, avec une valeur prédictive positive de 0,7 pour l'ensemble des troubles psychiatriques.

d) Apport diagnostique

L'apport diagnostique des échelles, évalué à l'aide de l'aire sous la courbe, est mentionné dans 3 articles : un article évaluant l'échelle BDI-II (38), un article évaluant l'échelle CES-D (33), et un article évaluant les échelles CES-D et MDI (46). Les échelles MDI et CES-D dans l'article de Cuijpers et al. (46) sont les plus informatives, avec des aires sous la courbe de 0,89 et 0,90 respectivement. L'échelle BDI-II, évaluée dans l'article d'Araya et al. (38) est plus informative chez les filles (aire sous la courbe de 0,83) que chez les garçons (aire sous la courbe de 0,74). L'échelle CES-D évaluée dans l'article de Garrison et al. (33) retrouve également de meilleures valeurs chez les filles (aire sous la courbe de 0,77) que chez les garçons (aire sous la courbe de 0,61), avec toutefois de moins bons résultats que les autres études.

e) Analyse

L'analyse des données psychométriques montre que les 13 échelles étudiées ici obtiennent globalement de bons résultats et peuvent être utilisées dans le dépistage de la dépression chez les enfants et adolescents en soins primaires, en tenant compte de l'âge de la population dans laquelle elles ont été validées. Les données, quand elles sont disponibles en fonction de l'âge et du sexe, montrent toutefois des différences parfois importantes entre les garçons et les filles et en fonction des classes d'âges. La force des sous-échelles constituant une même échelle de dépistage peut également être variable, selon la pathologie recherchée.

4.6 Critères de choix d'une échelle

Selon la HAS (21), un dépistage sert à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé. Un examen de dépistage doit :

- permettre d'identifier le plus de personnes malades au sein de la population ciblée (soit avoir une bonne sensibilité) tout en limitant l'impact d'éventuels investigations complémentaires et traitements chez les personnes faussement positives (donc avoir une bonne spécificité) ;
- être reproductible et fiable ;
- être acceptable par la population ciblée.

Les critères de choix d'une échelle de dépistage de la dépression en soins primaires pourraient donc être définis comme suit :

- des données psychométriques valides, avec un seuil diagnostique déterminé au préalable et permettant d'obtenir le meilleur compromis entre la sensibilité et la spécificité ;
- une échelle validée dans la langue de la population cible ;
- une échelle validée pour l'âge de la population cible ;
- un temps de réalisation court.

L'échelle doit également être adaptée en fonction des besoins, selon si l'on cherche à se concentrer sur le dépistage de la dépression seule ou si l'on souhaite dépister également d'autres pathologies psychiatriques.

Parmi les échelles étudiées, certaines sont prévues pour être réalisées sur papier, et une, la BHS, n'est disponible qu'en version informatisée, un algorithme calculant le score total. Cela peut

également être un critère à discuter dans le choix d'une échelle. En effet, une échelle disponible sur papier facilite sa réalisation car elle ne nécessite pas de matériel particulier, mais une échelle informatisée peut rendre sa réalisation plus interactive et donc susciter une meilleure adhésion.

Parmi les échelles étudiées ici, les échelles BDI et CES-D pourraient être les échelles les plus informatives pour un dépistage de la dépression en soins primaires. Elles possèdent toutes deux de très bonnes sensibilités, ainsi qu'une bonne spécificité. Elles sont également faciles d'utilisation avec un nombre d'items réduit (respectivement 21 et 20 items), et un temps de réalisation court d'une dizaine de minutes. L'échelle BDI semble avoir des performances diagnostiques légèrement supérieures à l'échelle CES-D, avec notamment de meilleures valeurs prédictives positive et négative. Ces deux échelles permettent de dépister seulement la dépression, ce qui peut limiter plus facilement le nombre d'items nécessaires tout en gardant de bonnes performances diagnostiques.

4.7 Limites des articles évalués

Plusieurs études évaluées ici ne comparent pas l'échelle de dépistage à un test de référence, notamment la plupart des études ne réalisent pas d'entretien psychiatrique pour évaluer la dépression selon les critères du DSM-V, de la CIM-11 ou du CFTMEA. Certaines utilisent comme test de référence d'autres tests diagnostiques qui n'ont pas systématiquement été validés dans la population ciblée, et avec parfois des tests différents au sein du même échantillon. D'autre part, plusieurs études ont fait le choix de ne réaliser d'entretien psychiatrique que chez les patients ayant obtenu un score élevé lors du dépistage, ce qui ne permet pas d'évaluer la présence de personnes déprimées parmi ceux ayant eu un score faible au test, soit la proportion de faux négatifs.

Plusieurs articles ne spécifient pas le seuil utilisé dans l'évaluation de l'échelle, ce qui en limite la reproductibilité.

Certaines études évaluent l'échelle dans une langue dans laquelle elle n'a pas été validée (39, 44), ou dans laquelle elle a été validée uniquement chez les adultes (45). Une étude ne précise pas si la traduction des deux échelles évaluées a été validée (46).

4.8 Limites de l'étude

a) Biais de sélection

Cette étude n'a inclus que des articles rédigés en anglais ou en français, du fait des capacités des auteurs, ce qui élimine des articles qui auraient pu comporter des données intéressantes rédigés dans d'autres langues.

Les articles sélectionnés dans cette étude ont été recherchés sur un seul moteur de recherche, Scopus. L'utilisation de plusieurs moteurs de recherche aurait pu permettre de faire une recherche plus exhaustive. Il existe également une limite sur la date, la recherche ayant été effectuée sur des articles publiés jusqu'en mai 2019. Les études plus récentes à ce sujet n'ont donc pas été incluses.

b) Biais de confusion

Plusieurs des articles retenus dans l'étude s'intéressent à une population dont l'âge pouvait parfois dépasser le cadre des 6 à 18 ans, étant donné qu'il avait été décidé de retenir dans ce cas la moyenne d'âge de l'échantillon. Une étude a ainsi été réalisée sur une population de 15 à 21 ans (37) et 2 études sur des populations de 12 à 21 ans (31, 35). Devant les différences observées en fonction de l'âge de la population étudiée, le fait d'avoir une population partiellement plus âgée que l'âge cible de l'étude doit inciter à étudier ces données avec précaution. De même, seules deux études ont inclus des enfants de moins de 10 ans (32, 47), dont une seule concerne les enfants à partir de 6 ans (32). La majorité des études se concentrent donc chez les adolescents, et très peu chez les enfants.

La majorité des études ont été réalisées en milieu scolaire, ce qui élimine d'emblée les enfants et adolescents déscolarisés.

Par ailleurs, nous avons fait le choix de ne retenir que les auto-questionnaires, qui nous semblaient plus fiables, évitant l'intervention d'un tiers. Il peut donc exister un biais lié à la mauvaise compréhension de certaines questions, notamment par les patients les plus jeunes ou allophones. Cela élimine aussi des hétéro-questionnaires qui pourraient avoir également de bonnes performances pour le dépistage de la dépression. Il pourrait être intéressant d'étudier les performances diagnostiques des auto-questionnaires chez les enfants et les adolescents par rapport aux hétéro-questionnaires. Le fait d'avoir sélectionné uniquement les auto-questionnaires peut aussi être une raison pour laquelle il n'y a que 2 études ayant étudié la validité des échelles chez les

enfants de moins de 10 ans, le niveau de langage et la formulation des phrases n'étant pas toujours adapté à des enfants plus jeunes.

Du fait de la sélection des articles issus de la bibliographie des articles initialement sélectionnés, certaines échelles se retrouvent sur-représentées dans l'étude, même si ce sont des échelles qui sont plus rarement rencontrées dans la pratique.

c) Biais d'information

Les articles ont été inclus à condition de comporter au moins une donnée psychométrique valide, ce qui fait que beaucoup d'articles ne comportent que des données concernant la cohérence interne mais n'ont pas étudié la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive ou négative de l'échelle, ce qui limite l'analyse. Par ailleurs, les articles comportent des données différentes, ce qui limite leur comparabilité.

4.9 Forces de l'étude

Cette étude a été réalisée en binôme, avec une double relecture des articles, ce qui permet d'avoir une sélection plus rigoureuse des articles. Par ailleurs, cette thèse intervient dans le cadre du projet ADODESP, faisant suite à plusieurs autres thèses ayant été réalisées dans le cadre de ce même projet, ce qui nous a permis de peaufiner nos critères de sélection des articles. De ce fait, malgré le grand nombre d'articles à analyser du fait d'une équation de recherche qui était volontairement assez large, nous avons pu restreindre le nombre d'articles inclus pour essayer de correspondre au mieux à ce que nous recherchions.

Cette étude a permis d'analyser des articles ayant été réalisés sur les cinq continents, ce qui permet d'avoir une analyse globale. Les études portant spécifiquement sur une sous-population n'ont pas été incluses, ce qui permet d'extrapoler plus facilement les résultats à la population des 6-18 ans.

5 Conclusion

Cette étude évalue les caractéristiques de 13 échelles (9 échelles principales et 4 échelles dérivées) permettant de dépister la dépression chez les enfants et adolescents de 6 à 18 ans en soins primaires. Toutes les échelles évaluées sont des auto-questionnaires. Les échelles les plus intéressantes à utiliser pour le dépistage doivent être courtes, être validées pour l'âge et dans la langue de la population cible et avoir des données psychométriques valides. Parmi les échelles que nous avons étudiées, les échelles BDI et CES-D possèdent les meilleures caractéristiques pour être utilisées pour le dépistage de la dépression en soins primaires dans cette population.

Les 13 échelles évaluées explorent des domaines variés, certaines se concentrant uniquement sur le dépistage de la dépression et d'autres ayant pour but de dépister plusieurs pathologies psychiatriques. L'analyse des données psychométriques retrouve des valeurs globalement bonnes pour les différentes échelles évaluées, à condition de les utiliser dans la population ciblée et dans la langue dans laquelle elles ont été validées. Cependant, il est important de noter que de nombreuses valeurs sont manquantes dans les études, limitant la possibilité de les comparer.

Les différentes études évaluées ici ont pour la majorité étudié ces échelles chez les adolescents et très peu fournissent des données sur l'utilisation possible de ces échelles de dépistage chez les enfants. Il pourrait être intéressant d'évaluer plus spécifiquement les possibilités d'utiliser les échelles de dépistage de la dépression dans cette population.

6 Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : enfance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfance/29436>
2. Larousse É. Définitions : adolescence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>
3. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
4. Devernay. Développement neuropsychique de l'adolescent : les étapes à connaître. Réal Pédiatriques. 2014;(187).
5. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. Trends Cogn Sci 2005;9:69-74.
6. Adolescent mental health [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
7. Les soins de santé primaires [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
8. Primary Care [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care.html>
9. OMS | Dépression [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/depression/fr/>
10. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
11. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>
12. Misès R, Botbol M, Bursztejn C, Golse B, Portelli C, Falissard B. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2020: classification psychopathologique et développementale : correspondances et transcodage CIM 10. 6^e édition. Rennes : Presses de l'EHESP 2020.
13. Dépression chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Santé.fr. 2020 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://sante.fr/depression-chez-lenfant-et-ladolescent>
14. Chan Chee C, Guignon N, Delmas M-C, Herbet J-B, Gonzalez L. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique 2012;60:31-9.
15. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

16. Stockings E, Degenhardt L, Lee YY, et al. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *J Affect Disord* 2015;174:447-63.
17. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
18. Zoom - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/zoom/zoom_Art5-Tab1.html
19. Shain B, Adolescence CO. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 1 juill 2016 [cité 4 janv 2021];138(1). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/1/e20161420>
20. Julien M, Breton J-J. La prévention du suicide chez les adolescents: Que savons-nous de son efficacité ?. *Frontières* 2009;21:23-31.
21. Dépistage : objectif et conditions [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
22. Gray LB, Dubin-Rhodin A, Weller RA, Weller EB. Assessment of depression in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:106-13.
23. Roseman M, Kloda LA, Saadat N, et al. Accuracy of Depression Screening Tools to Detect Major Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Can J Psychiatry* 2016;61:746-57.
24. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?: A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007;57:144-51.
25. Siu AL. Force on behalf of the UPST. Screening for Depression in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* [Internet]. 1 mars 2016 [cité 23 nov 2020];137(3). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20154467>
26. Recommendations | Depression in children and young people: identification and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations#step-1-detection-risk-profiling-and-referral>
27. MacMillan HL. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Can Med Assoc J* 2005;172:33-5.
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev* 2015;15:39-44.

29. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, et al. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. *Ann Intern Med* 2011;155:529-36.
30. Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
31. Bevans K, Diamond G, Levy S. Screening for Adolescents' Internalizing Symptoms in Primary Care: Item Response Theory Analysis of the Behavior Health Screen Depression, Anxiety, and Suicidal Risk Scales. *J Dev Behav Pediatr* 2012;33:283-90.
32. Chorpita B, Yim L, Moffitt C, Umemoto L, Francis S. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther* 2000;38:835-55.
33. Garrison C, Addy C, Jackson K, McKeown R, Waller J. The CES-D as a Screen for Depression and Other Psychiatric Disorders in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:636-41.
34. Johnson J, Harris E, Spitzer R, Williams J. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an Instrument for the Assessment of Mental Disorders Among Adolescent Primary Care Patients. *J Adolesc Health* 2002;30:196-204.
35. Diamond G, Levy S, Bevans K, et al. Development, Validation, and Utility of Internet-Based, Behavioral Health Screen for Adolescents. *PEDIATRICS* 2010;126:163-70.
36. Edman J, Danko G, Andrade N, et al. Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:211-5.
37. Bradley K, Bagnell A, Brannen C. Factorial Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in Adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31:408-12.
38. Araya R, Montero-Marin J, Barroilhet S, Fritsh R, Montgomery A. Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry* 2013;13:122-34.
39. Salle E, Rocha N, Rocha T, Nunes C, Chaves M. Depression rating scales as screening tools for depression in high school students. *Rev Psiquiatr Clin* 2012;39:24-7.
40. Szabó M. The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *J Adolesc* 2010;33:1-8.
41. Tully P, Zajac I, Venning A. The Structure of Anxiety and Depression in a Normative Sample of Younger and Older Australian Adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2009;37:717-26.
42. Patrick J, Dyck M, Bramston P. Depression anxiety stress scale: is it valid for children and adolescents?. *J Clin Psychol* 2010;66:996-1007.
43. Adewuya A, Ola B, Aloba O. Prevalence of major depressive disorders and a validation of the beck depression inventory among nigerian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:287-92.

44. Byrne B, Stewart S, Lee P. Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong Community Adolescents. *Int J Test* 2004;4:199-216.
45. Chan Y-F, Leung D, Fong D, Leung C-M, Lee A. Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong. *Qual Life Res* 2010;19:865-73.
46. Cuijpers P, Boluijt P, van Straten A. Screening of depression in adolescents through the Internet: Sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:32-8.
47. Muris P, Meesters C, Schouten E. A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children. *Clin Psychol Psychother* 2002;9:430-42.
48. Sandin B, Chorot P, Valiente R, Chorpita B. Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2010;15:165-78.
49. Beck A. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
50. Basker M, Moses P, Russell S, Russell P. The psychometric properties of Beck Depression Inventory for adolescent depression in a primary-care paediatric setting in India. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2007;1:8.
51. Carroll B, Feinberg M, Smouse P, Rawson S, Greden J. The Carroll Rating Scale for Depression I. Development, Reliability and Validation. *Br J Psychiatry* 1981;138:194-200.
52. Radloff L. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *J Youth Adolesc* 1991;20:149-66.
53. Antony M, Bieling P, Cox B, Enns M, Swinson R. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess* 1998;10:176-81.
54. White D, Leach C, Sims R, Atkinson M, Cottrell D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *Br J Psychiatry* 1999;175:452-4.
55. Johnson J, Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) Manual and Scoring Instructions. Decision support for clinicians 2005;:1-7.
56. Bech P, Rasmussen N-A, Olsen L, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66:159-64.

Annexe 1 : Beck Depression Inventory

1	Je ne me sens pas triste Je me sens morose ou triste Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter	0 1 2 2 3
2	Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur Je me sens découragé(e) à propos du futur Je sens que je n'ai rien à attendre du futur Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer	0 1 2 2 3
3	Je ne sens pas que je suis un échec Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme)	0 1 2 2 3
4	Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit Je suis mécontent(e) de tout	0 1 2 2 3
5	Je ne me sens pas particulièrement coupable Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne Je me sens plutôt coupable Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne	0 1 1 2 3
6	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e) Je veux être puni(e).	0 1 2 3 3
7	Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.	0 1 1 2 3
8	Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.	0 1 2 3
9	Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.	0 1 2 2 3 3
10	Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.	0 1 2 3

11	Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.	0 1 2 3
12	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.	0 1 2 3
13	Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.	0 1 2 3
14	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e).	0 1 2 3
15	Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail.	0 1 1 2 3
16	Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.	0 1 2 3
17	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.	0 1 2 3
18	Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout.	0 1 2 3
19	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres.	0 1 2 3
20	Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.	0 1 2 3
21	Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.	0 1 2 3

Annexe 2 : Beck Depression Inventory II

1	Je ne me sens pas triste Je me sens très souvent triste Je suis tout le temps triste Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.	0 1 2 3
2	Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer	0 1 2 3
3	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e) J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.	0 1 2 3
4	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.	0 1 2 3
5	Je ne me sens pas particulièrement coupable Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire Je me sens coupable la plupart du temps Je me sens tout le temps coupable.	0 1 2 3
6	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e) Je sens que je pourrais être puni(e) Je m'attends à être puni(e) J'ai le sentiment d'être puni(e).	0 1 2 3
7	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé J'ai perdu confiance en moi Je suis déçu(e) par moi-même Je ne m'aime pas du tout.	0 1 2 3
8	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais Je me reproche tous mes défauts Je me reproche tous les malheurs qui arrivent	0 1 2 3
9	Je ne pense pas du tout à me suicider Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas J'aimerais me suicider Je me suiciderais si l'occasion se présentait.	0 1 2 3
10	Je ne pleure pas plus qu'avant Je pleure plus qu'avant Je pleure pour la moindre petite chose Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.	0 1 2 3
11	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.	0 1 2 3
12	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.	0 1 2 3

13	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision	0 1 2 3
14	Je pense être quelqu'un de valable Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant Je me sens moins valable que les autres Je sens que je ne vauds absolument rien.	0 1 2 3
15	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant J'ai moins d'énergie qu'avant Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit	0 1 2 3
16	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé Je dors un peu plus que d'habitude Je dors un peu moins que d'habitude Je dors beaucoup plus que d'habitude Je dors beaucoup moins que d'habitude Je dors presque toute la journée Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.	0 1 1 2 2 3 3
17	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude Je suis plus irritable que d'habitude Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude Je suis constamment irritable	0 1 2 3
18	Mon appétit n'a pas changé J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude Je n'ai pas d'appétit du tout J'ai constamment envie de manger	0 1 1 2 2 3 3
19	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit	0 1 2 3
20	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude Je me fatigue plus facilement que d'habitude Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant	0 1 2 3
21	Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe Le sexe m'intéresse moins qu'avant Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant J'ai perdu tout intérêt pour le sexe	0 1 2 3

Annexe 3 : Carroll Rating Scale

1	I feel just as energetic as always	Yes/No
2	I am losing weight	Yes/No
3	I have dropped many of my interests and activities	Yes/No
4	Since my illness I have completely lost interest in sex	Yes/No
5	I am especially concerned about how my body is functioning	Yes/No
6	It must be obvious that I am disturbed and agitated	Yes/No
7	I am still able to carry on doing the work I am supposed to do	Yes/No
8	I can concentrate easily when reading the papers	Yes/No
9	Getting to sleep takes me more than half an hour	Yes/No
10	I am restless and fidgety	Yes/No
11	I wake up much earlier than I need to in the morning	Yes/No
12	Dying is the best solution for me	Yes/No
13	I have a lot of trouble with dizzy and faint feelings	Yes/No
14	I am being punished for something bad in my past	Yes/No
15	My sexual interest is the same as before I got sick	Yes/No
16	I am miserable and often feel like crying	Yes/No
17	I often wish I were dead	Yes/No
18	I am having trouble with indigestion	Yes/No
19	I wake up often in the middle of the night	Yes/No
20	I feel worthless and ashamed about myself	Yes/No
21	I am so slowed down that I need help with bathing and dressing	Yes/No
22	I take longer than usual to fall asleep at night	Yes/No
23	Much of the time I am very afraid but don't know the reason	Yes/No
24	Things which I regret about my life are bothering me	Yes/No
25	I get pleasure and satisfaction from what I do	Yes/No
26	All I need is a good rest to be perfectly well again	Yes/No
27	My sleep is restless and disturbed	Yes/No
28	My mind is as fast and alert as always	Yes/No
29	I feel that life is still worth living	Yes/No
30	My voice is dull and lifeless	Yes/No
31	I feel irritable or jittery	Yes/No
32	I feel in good spirits	Yes/No
33	My heart sometimes beats faster than usual	Yes/No
34	I think my case is hopeless	Yes/No
35	I wake up before my usual time in the morning	Yes/No
36	I still enjoy my meals as much as usual	Yes/No
37	I have to keep pacing around most of the time	Yes/No
38	I am terrified and near panic	Yes/No

39	My body is bad and rotten inside	Yes/No
40	I got sick because of the bad weather we have been having	Yes/No
41	My hands shake so much that people can easily notice	Yes/No
42	I still like to go out and meet people	Yes/No
43	I think I appear calm on the outside	Yes/No
44	I think I am as good a person as anybody else	Yes/No
45	My trouble is the result of some serious internal disease	Yes/No
46	I have been thinking about trying to kill myself	Yes/No
47	I get hardly anything done lately	Yes/No
48	There is only misery in the future for me	Yes/No
49	I worry a lot about my bodily symptoms	Yes/No
50	I have to force myself to eat even a little	Yes/No
51	I am exhausted much of the time	Yes/No
52	I can tell that I have lost a lot of weight	Yes/No

Annexe 4 : Center for Epidemiologic Studies for Depression

		Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence
	Durant la semaine dernière, j'ai trouvé que :						
1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	0	0	1	2	3	3
2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	0	1	2	3	3
3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	0	0	1	2	3	3
4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	3	3	2	1	0	0
5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	0	0	1	2	3	3
6	Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	0	1	2	3	3
7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	0	0	1	2	3	3
8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	3	3	2	1	0	0
9	J'ai pensé que ma vie était un échec	0	0	1	2	3	3
10	Je me suis senti(e) craintif(ve)	0	0	1	2	3	3
11	Mon sommeil n'a pas été bon	0	0	1	2	3	3
12	J'ai été heureux(se)	3	3	2	1	0	0
13	J'ai parlé moins que d'habitude	0	0	1	2	3	3
14	Je me suis senti(e) seul(e)	0	0	1	2	3	3
15	Les autres ont été hostiles envers moi	0	0	1	2	3	3
16	J'ai profité de la vie	3	3	2	1	0	0
17	J'ai eu des crises de larmes	0	0	1	2	3	3
18	Je me suis senti(e) triste	0	0	1	2	3	3
19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	0	1	2	3	3
20	J'ai manqué d'entrain	0	0	1	2	3	3

Annexe 5 : Center for Epidemiological Studies for Depression 10

	Rarement ou jamais (< 1 jour)	Occasionnellement (1-2 jours)	Assez souvent (3-4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5-7 jours)
Durant la dernière semaine, j'ai trouvé que :				
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	0	1	2	3
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	0	1	2	3
Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	0	1	2	3
J'ai été confiant(e) en l'avenir	3	2	1	0
Je me suis senti(e) craintif(ve)	0	1	2	3
Mon sommeil n'a pas été bon	0	1	2	3
J'ai été heureux(se)	3	2	1	0
Je me suis senti(e) seul(e)	0	1	2	3
J'ai manqué d'entrain	3	2	1	0

Annexe 6 : Depression, Anxiety and Stress Scale 21

	Did not apply to me at all	Applied to me to some degree or some of the time	Applied to me a considerable degree or a good part of the time	Applied to me very much or most of the time
During the last week :				
1. I found it hard to wind down	0	1	2	3
2. I was aware of dryness of my mouth	0	1	2	3
3. I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1	2	3
4. I experienced breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3
5. I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3
6. I tended to over-react to situations	0	1	2	3
7. I experienced trembling (eg, in the hands)	0	1	2	3
8. I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3
9. I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3
10. I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3
11. I found myself getting agitated	0	1	2	3
12. I found it difficult to relax	0	1	2	3
13. I felt down-hearted and blue	0	1	2	3
14. I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3
15. I felt I was close to panic	0	1	2	3
16. I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3
17. I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3
18. I felt that I was rather touchy	0	1	2	3
19. I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (eg, sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
20. I felt scared without any good reason	0	1	2	3
21. I felt that life was meaningless	0	1	2	3

Échelle de dépression : ajouter les scores des items 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21

Échelle d'anxiété : ajouter les scores des items 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

Échelle de stress : ajouter les scores des items 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Annexe 7 : Hospital Anxiety and Depression Scale

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0 | 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3 | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0 | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3 | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0 |
| 5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0 | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3 |
| 6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0 | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3 | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3 |

Échelle d'anxiété : additionner les scores des items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

Échelle de dépression : additionner les scores des items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

Annexe 8 : Revised Child Anxiety and Depression Scale

	Never	Sometimes	Often	Always
1. I worry about bad things happening to me				
2. I worry about what will happen				
3. I am worried that something bad will happen to myself				
4. I am worried that something awful will happen to my family				
5. I am worried about what others think of me				
6. I think about the death				
7. I am worried that I might look foolish				
8. I worry about things in bed at night				
9. I feel worthless				
10. I can't get bad or silly thoughts out of my head				
11. I am bothered by bad or silly thoughts or images				
12. I am afraid of looking foolish in front of people				
13. I worry about things				
14. I am scared to sleep alone				
15. I fear being away from my parents				
16. I fear being alone at home				
17. I am scared when I have to sleep away from home				
18. I worry that I will suddenly get scared for no reason				
19. I suddenly feel really scared for no reason				
20. I am afraid of being in crowded places				
21. I worry about doing poorly at things				
22. I worry about making mistakes				
23. I am scared when I have to take a test				
24. I am worried that I will do badly at school work				
25. I am afraid to talk in front of the class				
26. I feel worried when someone is angry with me				
27. I feel nervous or scared when going to school				
28. I suddenly tremble and shake for no reason				
29. My heart suddenly beats too quickly for no reason				
30. When I have a problem, I feel shaky				
31. When I have a problem, my heart beats really fast				
32. I suddenly have trouble with breathing for no reason				
33. I have to think special thoughts to stop bad events				
34. When I have a problem, my stomach feels funny				
35. I feel very tired				
36. I feel sad or empty				
37. I have problems with my appetite				
38. I suddenly become dizzy for no reason				
39. I feel restless				
40. I feel like I don't want to move				
41. I feel that nothing is much fun anymore				
42. I cannot think clearly				
43. I have trouble with sleeping				
44. I have no energy for things				
45. I have to do things over and over again				
46. I have to do things just right to stop bad events				
47. I keep checking if things are done right				

Échelle Major Depressive disorder : additionner les items 9, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Échelle Panic disorder : additionner les items 18, 19, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 38

Échelle Social Phobia : additionner les items 5, 7, 12, 21, 22, 23, 24, 25, 26

Échelle Separation Anxiety Disorder : additionner les items 8, 14, 15, 16, 17, 20, 27

Échelle Generalized Anxiety Disorder : additionner les items 1, 2, 3, 4, 6, 13

Échelle Obsessive Compulsive Disorder : additionner les items 10, 11, 33, 45, 46, 47

Annexe 9 : Revised Child Anxiety and Depression Scale 30

	Never	Sometimes	Often	Always
1. I feel sad or empty 2. I suddenly feel as if I can't breathe when there is no reason for this 3. I worry I might look foolish 4. I would feel afraid of being on my own at home 5. I worry about things 6. I get bothered by bad or silly thoughts or pictures in my mind 7. Nothing is much fun anymore 8. I suddenly start to tremble or shake when there is no reason for this 9. I worry about making mistakes 10. I worry about being away from my parents 11. I worry that something awful will happen to someone in my family 12. I have to keep checking that I have done things right (like the switch is off, or the door is locked) 13. I have no energy for things 14. All of a sudden I feel really scared for no reason at all 15. I worry what other people think of me 16. I feel scared if I have to sleep on my own 17. I worry that bad things will happen to me 18. I can't seem to get bad or silly thoughts out of my head 19. I cannot think clearly 20. My heart suddenly starts to beat too quickly for no reason 21. I feel afraid if I have to talk in front of my class 22. I have trouble going to school in the mornings because I feel nervous or afraid 23. I worry that something bad will happen to me 24. I have to think of special thoughts (like numbers or words) to stop bad things from happening 25. I feel worthless 26. I worry that I will suddenly get a scared feeling when there is nothing to be afraid of 27. I feel afraid that I will make a fool of myself in front of people 28. I would feel scared if I had to stay away from home overnight 29. I worry about what is going to happen 30. I have to do some things over and over again (like washing my hands, cleaning or putting things in a certain order)				

Échelle Major Depressive disorder : additionner les items 1, 7, 13, 19, 25

Échelle Panic disorder : additionner les items 2, 8, 14, 20, 26

Échelle Social Phobia : additionner les items 3, 9, 15, 21, 27

Échelle Separation Anxiety Disorder : additionner les items 4, 10, 16, 22, 28

Échelle Generalized Anxiety Disorder : additionner les items 5, 11, 17, 23, 29

Échelle Obsessive Compulsive Disorder : additionner les items 6, 12, 18, 24,30

Annexe 10 : Revised Child Anxiety and Depression Scale 25

	Never	Sometimes	Often	Always
1. I worry about bad things happening to me				
2. I am worried that something bad will happen to myself				
3. I worry about what will happen				
4. I am worried that something awful will happen to my family				
5. I think about the death				
6. I am scared to sleep alone				
7. I fear being away from my parents				
8. I fear being alone at home				
9. I am scared when I have to sleep away from home				
10. I am afraid of being in crowded places				
11. I worry about doing poorly at things				
12. I worry about making mistakes				
13. I am worried that I will do badly at school work				
14. I am scared when I have to take a test				
15. I am afraid to talk in front of the class				
16. My heart suddenly beats too quickly for no reason				
17. I suddenly tremble and shake for no reason				
18. When I have a problem, my heart beats really fast				
19. When I have a problem, I feel shaky				
20. I suddenly have trouble with breathing for no reason				
21. I feel like I don't want to move				
22. I have problems with my appetite				
23. I feel very tired				
24. I feel that nothing is much fun anymore				
25. I feel sad or empty				

Échelle Major Depressive disorder : additionner les items 21, 22, 23, 24, 25

Échelle Panic disorder : additionner les items 16, 17, 18, 19, 20

Échelle Social Phobia : additionner les items 11, 12, 13, 14, 15

Échelle Separation Anxiety Disorder : additionner les items 6, 7, 8, 9, 10

Échelle Generalized Anxiety Disorder : additionner les items 1, 2, 3, 4, 5

Annexe 11 : Patient Health Questionnaire for Adolescent

First, here are some questions about depression and your mood. Have you had any of the following problems during the last 2 weeks?			
1. Little interest or pleasure in doing things?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
2. Feeling down, depressed, irritable or hopeless?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
3. Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
4. Feeling tired or having little energy?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
5. Poor appetite, weight loss, or overeating?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
6. Feeling bad about yourself – or feeling that you are a failure, or that you have let yourself or your family down?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
7. Trouble concentrating on things like school work, reading, or watching TV?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you were moving around a lot more than usual?	YES: Nearly every day in the past 2 weeks	YES: A few days in the past 2 weeks	NO

9. Have you felt sad, upset, irritable, or depressed on more than half of the days in the past year?	YES	NO		
10. In the past year, have you felt so sad, upset, irritable, or depressed that it has often been hard for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	YES	NO		
11. In the past year, has there been a time when you didn't feel sad, upset, irritable, or depressed for two months in a row or longer? That is, has there been a time in the past year when you felt happy most of the time for at least two months in a row?	YES	NO		
12. In the last 2 weeks, have you often felt hopeless about the future?	YES	NO		
13. In the last 2 weeks, have you often had thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way?	YES	NO		
14. Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life?	YES	NO		
15. In the past 2 weeks, have you been so sad, down, irritable, or depressed that it has been difficult for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? Please circle one of the following answers:				
Not difficult at all	A little difficult	Quite difficult	Very difficult	Extremely difficult

Now, here are some questions about fear and anxiety		
16. In the last month, have you had an anxiety attack, when you suddenly felt fear or panic?	YES	NO

If your answer to the above question was YES, please answer the rest of the questions on this page. If your answer was NO, please turn to the next page.

17. Have you had any other anxiety attacks like this in the past year?	YES	NO
18. Do these feelings of panic sometimes come suddenly out of the blue - that is, in situations where you don't expect to be nervous or uncomfortable?	YES	NO
19. Do you often worry about having these anxiety attacks? Or, have you had to change your behavior or your lifestyle to avoid having more attacks?	YES	NO

Think about your last panic or anxiety attack

20. Were you short of breath?	YES	NO
21. Did your heart race, pound, or skip?	YES	NO
22. Did you have chest pain or pressure?	YES	NO
23. Did you sweat?	YES	NO
24. Did you feel as if you were choking?	YES	NO
25. Did you have hot flashes or chills?	YES	NO
26. Did you have nausea or an upset stomach, or the feeling that you were going to have diarrhea?	YES	NO
27. Did you feel dizzy, unsteady, or faint?	YES	NO
28. Did you have tingling or numbness in parts of your body?	YES	NO
29. Did you tremble or shake?	YES	NO
30. Were you afraid that you were going crazy or losing control?	YES	NO
31. Were you afraid that you were dying?	YES	NO

32. Have you felt nervous, anxious, or on edge, or have you worried a lot on more than half the days in the last six months?	YES	NO
33. Have you been worrying a lot about many different kinds of things in the last six months?	YES	NO
34. Do you often find that it's very difficult to stop worrying?	YES	NO

In the last six months, have you often been bothered by any of these problems?

35. Feeling restless so that it is hard to sit still?	YES: More than half the days in the past 6 months	YES: Less than half the days in the past 6 months	NO
36. Getting tired very easily?	YES: More than half the days in the past 6 months	YES: Less than half the days in the past 6 months	NO
37. Muscle tension, aches, or soreness?	YES: More than half the days in the past 6 months	YES: Less than half the days in the past 6 months	NO

38. Trouble falling asleep or staying asleep?	YES: More than half the days in the past 6 months	YES: Less than half the days in the past 6 months	NO
39. Trouble concentrating on things such as school work, reading, or watching TV?	YES: More than half the days in the past 6 months	YES: Less than half the days in the past 6 months	NO
40. Becoming easily annoyed or irritable?	YES: More than half the days in the past 6 months	YES: Less than half the days in the past 6 months	NO

41. How much have problems with fear or anxiety made it difficult for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? Please circle one of the following answers.

Not difficult at all	A little difficult	Quite difficult	Very difficult	Extremely difficult
----------------------	--------------------	-----------------	----------------	---------------------

**Now, here are some questions about alcohol and cigarettes.
Have any of the following things happened to you in the last 6 months?**

42. Have there been any days in the past six months when you had five or more drinks of beer, wine or liquor?	YES: a few days	YES: 1 or 2 days	NO
43. Have there been any days in the past six months when you drank so much beer, wine or liquor that you got drunk or more than a little tipsy?	YES: a few days	YES: 1 or 2 days	NO

44. Have you been drinking alcohol, drunk or tipsy from alcohol, or hung over while you were working, studying, going to school, or taking care of other responsibilities?	YES (more than once)	YES (once)	NO
45. Have you missed or been late for school, work, or other responsibilities because you were drinking or hung over?	YES (more than once)	YES (once)	NO
46. Have you driven a car when you were drunk or tipsy from alcohol, or after having several drinks?	YES (more than once)	YES (once)	NO
47. Have you had any problems getting along with other people while you were drinking or because of your alcohol use?	YES (more than once)	YES (once)	NO

48. In the past 6 months, has anyone complained about your alcohol use, or told you that you have a drinking problem?	YES	NO
49. Has a doctor ever said that you should stop drinking for health reasons?	YES	NO
50. Have you had any legal problems because of your alcohol use?	YES	NO
51. Do you feel guilty or upset about your use of alcohol, or do you think that you drink too much, or that you might have an alcohol problem?	YES	NO
52. How many cigarettes would you say that you have smoked on an average day in the past month? Please circle one of the following answers.		

None	1 or 2 cigarettes	3 cigarettes or more	Half a pack a day (10 cigarettes) or more	A pack a day (20 cigarettes) or more
------	-------------------	----------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------

Now, here are some questions about drug use				
53. Have you used marijuana ("grass," "pot," "weed," or "hash") in the past 6 months?		YES	NO	
54. Have you used cocaine or "crack" in the past 6 months?		YES	NO	
55. Have you used "ecstasy," mushrooms, LSD, "acid," or other hallucinogenic drugs in the past 6 months?		YES	NO	
56. In the past 6 months, have you used any other drugs to get high, including stimulants ("speed"), tranquilizers, or pain killers such as codeine or heroin?		YES	NO	
57. In the past 6 months, have you sniffed glue or inhaled sprays or paints to get high?		YES	NO	
58. How often have you used these or other kinds of drugs to get high in the past 6 months? Please circle one of the following answers.				
Never	Once	Twice	A few times	More than a few times

Have any of the following things happened to you in the last 6 months?			
59. Have you used drugs, or were you high or hung over from drug use while you were going to school, working, studying, or taking care of other responsibilities?	YES (more than once)	YES (once)	NO
60. Have you missed or were late for school, work, or other responsibilities because you were using drugs?	YES (more than once)	YES (once)	NO
61. Have you driven a car when you were "high" from drug use?	YES (more than once)	YES (once)	NO
62. Have you had any problems getting along with other people while you were using drugs or because of your drug use?	YES (more than once)	YES (once)	NO

63. In the past 6 months, has anyone complained about your drug use, or told you that you have a drug problem?	YES	NO
64. Has a doctor ever said that you should stop using drugs for health reasons?	YES	NO
65. Have you had any legal problems because of your drug use?	YES	NO
66. Do you feel guilty or upset about your drug use, or do you think that you use drugs too often, or that you might have a drug problem?	YES	NO

Now, here are some questions about eating and weight		
67. How much do you weigh? _____ (pounds)		
68. How tall are you? _____ (feet) _____ (inches)		
69. Do you think that you are too heavy, and that you should try to lose weight?	YES	NO
70. Do you often worry a great deal about gaining weight or becoming fat?	YES	NO
71. Does your weight or body shape very strongly affect the way you feel about yourself?	YES	NO
72. Do you often feel that you can't control what or how much you eat?	YES	NO
73. Do you sometimes eat what most people would regard as an unusually large amount of food within a 2-hour period?	YES	NO

74. Have you eaten very large amounts of food like this at least as twice a week, in an average week, for the past 6 months?	YES	NO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----

In the past 3 months, have you done any of these things to lose weight or to avoid gaining weight?				
75. Have you exercised almost every day for over an hour to lose or avoid gaining weight?	YES	NO		
76. Have you used diet drugs almost every day for months to lose or avoid gaining weight?	YES	NO		
77. Have you fasted (not eaten anything) for at least 24 hours to lose or avoid gaining weight?	YES	NO		
78. Have you used high doses of laxatives or diuretics to lose or avoid gaining weight?	YES	NO		
79. Have you made yourself vomit to lose weight or to avoid gaining weight?	YES	NO		
80. Have you used enemas to lose weight or to avoid gaining weight?	YES	NO		
81. How often have you done things like this to avoid gaining weight in the last 3 months? Please circle one of the following answers.				
Never	Once or twice	Less than once a week	At least once a week	At least twice a week

82. (females only) Have you had any menstrual periods in the past 3 months?	YES	NO		
83. How much have any problems that you may have had with your eating habits or your weight made it difficult for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? Please circle one of the following answers.				
Not difficult at all	A little difficult	Quite difficult	Very difficult	Extremely difficult

Annexe 12 : Major Depression Inventory

How much of the time ...	All the time	Most of the time	Slightly more than half the time	Slightly less than half the time	Some of the time	At no time
1 Have you felt low in spirits or sad?						
2 Have you lost interest in your daily activities?						
3 Have you felt lacking in energy and strength?						
4 Have you felt less self-confident?						
5 Have you had a bad conscience or feelings of guilt?						
6 Have you felt that life wasn't worth living?						
7 Have you had difficulty in concentrating, e.g., when reading the newspaper or watching television?						
8a Have you felt very restless?						
8b Have you felt subdued?						
9 Have you had trouble sleeping at night?						
10a Have you suffered from reduced appetite?						
10b Have you suffered from increased appetite?						

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LE GOFF Nolwenn

Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ?

Une revue de la littérature faite sur Scopus, portant sur les articles 1161 à 2241.

RESUME

Introduction : la dépression est une pathologie fréquente chez les adolescents, mais qui est souvent sous-diagnostiquée du fait d'une présentation différente des adultes. Il existe plusieurs échelles permettant de dépister la dépression, mais la plupart des études ont été menées chez les adultes. Cette thèse s'intéresse, à travers une revue de la littérature, à rechercher quelles échelles sont aujourd'hui utilisées pour dépister la dépression chez les enfants et adolescents de 6 à 18 ans en soins primaires.

Méthode : cette étude est une revue de la littérature réalisée sur le moteur de recherche Scopus selon les critères PRISMA. Les 4643 articles (après exclusion des doublons) ont été divisés en trois binômes de recherche. Cette thèse s'intéresse aux articles 1161 à 2241. La sélection des articles a été réalisée après double lecture.

Résultats : 18 articles ont été inclus dans cette étude. 13 échelles sont évaluées ici, ce sont les échelles BDI, BDI-II, BHS, CRS, CES-D, CES-D 10, DASS-21, HADS, RCADS, RCADS-25, RCADS-30, PHQ-A, et MDI. Seuls les auto-questionnaires ont été inclus. Les caractéristiques, ainsi que les données psychométriques disponibles, ont été extraites pour chaque échelle.

Discussion : les échelles étudiées ici explorent des domaines variés, certaines se concentrant sur les symptômes de dépression, d'autres évaluant plusieurs pathologies psychiatriques. Les données psychométriques des échelles étudiées sont globalement bonnes, avec toutefois de nombreuses données manquantes, ce qui limite la fiabilité des études, ainsi que la possibilité de comparer les échelles entre elles.

Conclusion : les échelles évaluées dans cette étude possèdent de bonnes caractéristiques et peuvent être utilisées dans le dépistage de la dépression, à condition qu'elles aient été validées pour l'âge et dans la langue de la population cible. Cependant, les nombreuses données manquantes fragilisent ces résultats.

MOTS-CLES

DEPRESSION, ENFANTS, ADOLESCENTS, ECHELLE, DEPISTAGE, SOINS PRIMAIRES, REVUE DE LITTERATURE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Guillaume BRONSARD

Monsieur le Docteur Florian STEPHAN

DATE DE SOUTENANCE

20 janvier 2021